

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 81

DE
L'HÉMATOCOLPOS
PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 février 1931

PAR

CAO TRIÊU LÓI

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à VINHLOI (Bac Lieu) (Cochinchine), le 31 mars 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOVIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 81

DE
L'HÉMATOCOLPOS
PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 février 1931

PAR

CAO TRIÊU LÓI

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à VINHLOI (Baclieu) (Cochinchine), le 31 mars 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>	
		BÉGOUIN, professeur.....	}	<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBÉQU.	Maladies mentales	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	N.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Bien faible témoignage de ma très
grande affection et de ma profonde
reconnaissance.

A MES FRERES — A MES SOEURS

A MON BEAU-FRERE

A MES AMIS

A TOUS MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA BELLE-SOEUR

A LA MEMOIRE DE MA NIECE

AUX MEMBRES DU JURY

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

*Professeur d'Electroradiologie et de Clinique d'électricité médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le Cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a réservé le meilleur accueil
dans son service.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT.

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a toujours prodigué les marques de sa bienveillante sympathie et éclairé de ses conseils. Il nous a inspiré ce modeste travail et a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

DE

L'HÉMATOCOLPOS

PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant d'étudier l'hématocolpos par imperforation de l'hymen, qui est une affection rare, mais non exceptionnelle.

En parcourant de nombreuses publications faites sur cette affection, nous avons pu réunir 23 observations, matériel sur lequel nous avons effectué les recherches nécessaires à notre modeste travail.

Voici le plan général que nous avons suivi :

- I. — *Historique.*
- II. — *Considérations générales sur la membrane hymen et rapports du vagin.*
- III. — *Etude sommaire de l'anatomie pathologique et histo-chimie du sang menstruel en rétention.*
- IV. — *Pathogénie.*
- V. — *Symptomatologie.*
- VI. — *Diagnostic.*
- VII. — *Evolution et pronostic.*
- VIII. — *Traitement.*
- IX. — *Observations.*

Conclusions.

Parvenu au terme de nos études, ils nous reste à remplir le plus agréable des devoirs, celui de remercier tous ceux qui, durant de longues années, nous ont témoigné de l'intérêt et nous ont aidé de leurs conseils. Qu'il nous soit donc permis avant d'aborder notre sujet d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Guyot, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale et qui nous a donné, en maintes circonstances, la preuve de sa plus grande bienveillance.

Que tous nos Maîtres de la Faculté soient assurés de notre vive reconnaissance pour l'utile enseignement qu'ils nous ont donné.

Avant de terminer cette introduction, nous prions M. le Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux d'accepter l'hommage de nos respectueux sentiments et de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'imperforation de l'hymen et les troubles qu'elle entraîne sont connus des temps anciens.

Hippocrate écrivait déjà : « La conception peut être empêchée par certaine membrane qui bouche l'entrée de la matrice. Si l'orifice est fermé, il n'admet pas le doigt, les règles ne paraissent pas, et la semence n'est pas reçue pendant ce temps... Il y a douleurs au bas-ventre, aux lombes et aux flancs... on ouvrira ».

Pline dit que certaines filles naissent avec la « nature bouchée ».

Aristote traite des accidents résultant de l'impossibilité de l'écoulement du flux menstruel.

Celse écrit que ce défaut de conformation procède quelquefois de naissance. Dans ce temps reculé, le peuple regardait ces malformations avec une terreur religieuse comme un signe de la colère des dieux.

Cornélie étant née avec un hymen imperforé, on ne s'étonna pas que les Gracques, ses fils, aient eu tous deux une fin tragique.

Dès le moyen âge, deux auteurs, Dalechamp et Ambroise Paré, s'occupent successivement de la symptomatologie et du traitement.

Au ^{xvii}^e siècle, plusieurs cas d'imperforation sont signalés et des observations nombreuses sont publiées par Bartholin, Guillemau, Fabrice de Hilden, Mauriceau, Heister.

En 1825, le baron Boyer écrivait : « Ce n'est qu'à l'époque de la puberté que les circonstances particulières avertissent

de ces vices de conformation, et avant il ne se produit aucun accident » et préparait la voie aux Coste et aux Geoffroy Saint-Hilaire.

Lefort (1863), dans sa thèse d'agrégation, parle de la rétention des règles par imperforation hyménéale.

Puech, en 1874, dans les *Annales de gynécologie*, écrivait : « L'existence de l'imperforation est sans importance pendant l'enfance ».

Il a également publié un ouvrage remarquable : *L'atrésie des voies génitales de la femme* (1864).

Roze (1865) prétend qu'aucun symptôme morbide n'est constaté avant la puberté.

Hirschsprung (1877) insistait tout spécialement auprès des accoucheurs et des sages-femmes pour que l'examen des organes génitaux externes des nouveau-nées fût fait de la façon la plus minutieuse.

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA MEMBRANE HYMEN ET RAPPORTS DU VAGIN

Et d'abord qu'est-ce que l'hématocolpos par imperforation de l'hymen ? C'est la rétention du sang menstruel dans le vagin par suite de l'imperforation de cette membrane.

Ceci nous conduit donc à étudier la membrane hymen dans son développement et le vagin dans ses rapports avec les organes qui le voisent.

Hymen. — On désigne sous le nom d'hymen une cloison incomplète qui se dresse à la limite respective des deux conduits vaginal et vulvaire (Testut). Placée horizontalement quand le sujet est debout, elle est verticale quand celui-ci repose dans le décubitus dorsal.

Nous acceptons d'autant plus volontiers cette définition qu'elle nous permettra de ne pas discuter et de rappeler ici seulement pour mémoire les opinions émises successivement par Budin (1879) et Pozzi (1890). Tandis que, pour le premier, l'hymen serait l'extrémité antérieure du vagin doublée par la muqueuse vulvaire, pour le second il se rattacherait à la vulve (bride masculine de Pozzi).

De forme éminemment variable, l'hymen peut être ramené à trois types : le type semi-lunaire, le type annulaire et le type labié.

Dans un travail récent, Jayle (1909) ramène les formes de l'hymen à deux types principaux :

- 1° Le type à collerette, qui comprend l'hymen falciforme, l'hymen labié, l'hymen denticulé, et qui est la forme la plus commune;

- 2° Le type membraniforme, se disposant à l'orifice intérieur du vagin et présentant un ou plusieurs orifices. L'absence d'orifice constitue l'imperforation de l'hymen.

Histologiquement, l'hymen est formé par un repli muqueux entre les deux feuillets duquel s'interpose une couche de tissu conjonctif très riche en fibres élastiques. Cette dernière renferme des vaisseaux et des nerfs et a un développement très variable; c'est ce qui fait qu'à côté d'hymens minces, peu résistants, on en trouve de plus épais et charnus, remarquables par leur résistance.

Envisagé au point de vue de ses rapports, l'hymen présente :

Deux faces :

- 1° La face inférieure ou externe;
- 2° La face supérieure ou interne.

Deux bords :

- 1° Le bord libre circonscrivant l'orifice hyménéal;
- 2° Le bord adhérent.

Développement de l'hymen. — Pour Pozzi, l'hymen se développerait vers la 19^e semaine de la vie intra-utérine par deux saillies linéaires d'origine ectodermique. Elles encadrent à la fois l'orifice vaginal et le méat urinaire, puis se rattachent en haut à la base du clitoris par une sorte de bride dite bride masculine.

Cet appareil hyménéal comprend trois parties :

- a) l'hymen proprement dit ou hymen vulvo-vaginal;
- b) le bourrelet du méat ou hymen urétral;
- c) la bride masculine du vestibule.

Pozzi se base, pour attribuer à l'hymen une origine ectodermique, sur ce fait qu'on voit, lorsqu'il manque la portion inférieure du vagin, la membrane hymen exister quand même.

Vagin. — Il nous paraît aussi intéressant qu'utile après ce rapide aperçu sur l'hymen de dire quelques mots des rapports du vagin avec les différents organes pelviens qui l'entourent.

Le vagin est un conduit musculo-membraneux à la fois très long, très large et très extensible, qui s'étend de l'utérus à la vulve (Testut). C'est l'organe de copulation chez la femme, et qui livre passage aux flux menstruels, aux produits de sécrétion de l'utérus et, au moment de l'accouchement, au fœtus et à ses annexes.

Envisagé au point de vue de ses rapports, on peut lui distinguer :

1° Une surface extérieure présentant :

- a) Une face antérieure en rapport dans sa moitié supérieure avec la vessie et dans sa moitié inférieure sur le canal de l'urètre;
- b) Une face postérieure recouverte en haut sur une étendue de 15 à 20 millimètres par le péritoine; elle s'applique dans sa partie inférieure contre le rectum et forme la cloison recto-vaginale;
- c) Deux bords longs par le plexus veineux vaginal;

2° Une surface intérieure : Elle présente sur ses parois antérieure et postérieure des plis ou rides du vagin qui, en s'épaississant dans leur partie moyenne, forment les colonnes du vagin;

3° Une extrémité supérieure en rapport avec le col utérin;

4° Une extrémité inférieure s'ouvrant à la vulve. C'est la partie la moins dilatable du vagin.

CHAPITRE III

ETUDE SOMMAIRE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE L'HISTOCHIMIE DU SANG MENSTRUEL EN RETENTION

Hymen. — A différents auteurs, l'hymen est apparu de couleur différente : blanc bleuâtre pour Geoffroy, blanchâtre pour Hirschsprung; Breisky l'a trouvé presque jaunâtre; quant à son épaisseur, elle est très variable en raison de sa texture et mesure de 2 millimètres à 5 millimètres; c'est ce qui explique la rareté de l'évacuation spontanée de l'hématocolpos à l'extérieur et l'existence possible de ce dernier chez une femme mariée dont la défloration a été impossible (obs. XVIII).

A l'examen histologique, on trouve que l'hymen imperforé présente dans la plupart des cas la même constitution que l'hymen normal, c'est-à-dire qu'il est formé, en procédant de l'extérieur à l'intérieur :

- 1° d'une couche externe d'épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une membrane basale externe; cette couche présente une épaisseur variable; par endroits on constate quelques papilles aisément reconnaissables;
- 2° d'un stroma de tissus conjonctifs riches en vaisseaux;
- 3° d'une couche interne d'épithélium pavimenteux avec sa membrane basale analogue à celle qui tapisse la paroi externe.

Vagin. — Dans la plupart des cas, le vagin se laisse distendre comme une poche inerte, car c'est un organe élastique

comparable à un ballon dégonflé. Ses parois, dans le contact prolongé avec le sang menstruel en rétention, deviennent vallonnées, tomenteuses, rigides, épaisses, et sont recouvertes d'un enduit brun noirâtre visqueux rappelant le goudron. Elles reprennent peu à peu leur souplesse et leur coloration après évacuation de l'hématocolpos.

Que devient le col utérin dans tout cela ?

S'il n'y a pas hématométrie, qui est une rare éventualité, le col restera petit. Dans le cas contraire, il est complètement effacé et est réduit à un simple orifice. Après évacuation de la collection sanguine, il y a reconstitution cervicale.

Histochimie du sang en rétention. — Dans les observations d'hématocolpos, publiées dans la littérature médicale, l'examen histochimique du sang menstruel en rétention est rarement pratiqué. Il nous a paru intéressant de reproduire ici les résultats d'une étude faite par MM. Lapeyre, Cristol et Sollier : « Le liquide retiré du vagin est de consistance presque pâteuse et de couleur brun chocolat. A la centrifugation, il se sépare en deux couches : une solide brun chocolat inférieure, et une liquide brun supérieure.

» L'analyse de la couche liquide permet de la comparer au plasma veineux :

» En voici les résultats :

	Sang vaginal. 1.000 gr.	Plasma veineux. 1.000 gr.
Glucose.	0 g. 93	1 g. 22
Urée hypobromite	0 g. 49	0 g. 34
Acide urique	0 g. 095	0 g. 049
Créatinine.	0 g. 025	0 g. 016
Azote aminé	0 g. 125	0 g. 062
Azote total, non protéique..	1 g. 16	0 g. 26
Cholestérine.	1 g. 335	1 g. 56

» En outre, alors que dans le sang veineux nous avons noté l'absence d'azote polypeptidique, le sang vaginal est au contraire riche en polypeptides, comme l'ont montré les réac-

tions du biuret et la précipitation par l'acide phosphotungstique dans le filtrat trichloracétique.

» Si l'on compare les chiffres donnés par l'analyse du sang retiré du vagin et du plasma circulant, on peut se rendre compte que le premier est d'abord du sang dilué. En effet, alors que le plasma veineux contient 1 g. 56 de cholestérine par litre, le sang retiré du vagin n'en contient que 1 g. 335; ceci concorde bien avec le fait qu'à l'opération on retire une grande quantité de mucus. Le sang collecté dans le vagin a donc été dilué par les sécrétions muqueuses du vagin et de l'utérus.

D'autre part, si l'on compare les chiffres du glucose, on voit qu'en réalité il n'y a pas eu vraiment de glycolyse dans le sang vaginal. La faible différence observée peut aussi s'expliquer par la dilution. Il est intéressant de voir que, dans une cavité close aseptique, il n'y a pas eu de glycolyse, comme cela se serait produit dans une cavité septique.

» Enfin, les différences notées entre les chiffres d'acide urique et de créatinine sont dues à l'hémolyse qui s'était produite, car nous savons bien aujourd'hui que les globules rouges contiennent beaucoup plus d'acide urique et de créatinine que le plasma. Mais, fait intéressant, il y a eu dans le sang vaginal un début de protéolyse, qui se manifeste par une élévation assez considérable du taux de l'azote total non protéique. Ce fait se confirme d'ailleurs par la présence dans le filtrat trichloracétique de polypeptides n'existant pas normalement dans le sang et par l'augmentation de l'azote des acides aminés.

» *L'analyse microscopique* du sang vaginal pratiquée entre lame et lamelle montre un magma composé en majeure partie de débris d'hématies; quelques globules blancs cependant ont conservé un aspect normal. L'examen d'un frottis coloré a décelé la présence de quelques leucocytes encore non entièrement cytolysés, dont les noyaux prennent encore assez bien la matière colorante. »

En général on peut dire que le sang en rétention dans le

vagin ne contient pas de microorganismes ni de pyogènes, ce qui explique la rareté d'une suppuration primitive. Néanmoins, il constitue un excellent milieu de culture pour les microbes qui peuvent y accéder.

Les cultures en bouillon de peptone et en tubes de bile de ce sang vaginal se sont toujours montrées négatives après vingt-quatre heures de séjour à 37 degrés.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Les oblitérations des voies génitales inférieures de la femme aboutissant à la rétention des menstrues sont étiquetées classiquement « hémato-colpos par imperforation de l'hymen ». Cette dénomination est, de l'avis de certains auteurs, défec-tueuse. Elle semble impliquer, en effet, que l'hymen, mem-brane d'abord pleine, se perfore ensuite au cours de son déve-loppement; il s'agirait donc d'un véritable arrêt dans l'évo-lution de cette membrane. Cette conception est, d'après eux, erronée, car si les avis sont partagés sur la question de l'ori-gine vaginale ou vulvaire de l'hymen, tous les auteurs s'ac-cordent par contre à reconnaître que cette membrane est constituée par un repli muqueux, dont les bords libres ne s'accolent jamais.

C'est donc hémato-colpos par oblitération de l'hymen qu'il faudrait dire, ce terme signifiant qu'il s'agit non d'un arrêt du développement, d'un trouble par défaut, mais, au con-traire, d'une malformation par excès dont l'hymen membra-neux, à orifice punctiforme, constituerait en quelque sorte un premier degré.

Au surplus, il faut reconnaître que l'oblitération de l'ori-fice vaginal peut s'expliquer, en dehors de toute participa-tion de l'appareil hyménéal, par un cloisonnement transversal à son extrémité inférieure, avec adhérence intime à la face postérieure de l'hymen (obs. XXI).

Comment et quand l'occlusion de la membrane hyménéale se produit-elle ?

Kussmaul, Levis Frust, Rollenberg et Dohrn émettent l'idée

suivante : Par des causes de nature variable et indéterminée, il se produirait durant la vie fœtale une inflammation catarrhale, accompagnée de destruction de l'épithélium de revêtement du vagin, avec soudure consécutive des parois vaginales. A cette théorie inflammatoire et purement hypothétique, plusieurs auteurs, Magel, Gebhart et Pineus, ont opposé l'opinion suivante.

Cette théorie est celle-ci : Durant une période déjà assez avancée de la vie intra-utérine, des débris d'épithélium pavimenteux provenant des parois vaginales remplissent la petite ouverture de l'hymen et finissent par l'obstruer par une sorte d'agglutination. L'épithélium de la muqueuse vaginale, en proliférant, recouvre peu à peu cette ébauche de membrane sur ses faces externe et interne et finit par former une cloison organisée, dont l'épaisseur augmentera dans la suite.

Ce noyau d'épithélium pavimenteux peut être mis en évidence dans des coupes de la membrane hyménéale. D'autres fois il disparaît, étouffé et résorbé par la prolifération du tissu conjonctif.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

L'imperforation de l'hymen ne présente aucun inconvénient avant la puberté, tel semble être l'avis d'un grand nombre d'auteurs.

Il n'en est pas toujours ainsi, car il peut arriver que les accidents se déclarent déjà durant la première enfance; témoin le cas observé par Vitrac d'une enfant nouveau-née atteinte d'hydroméetrocolpos. On constata une tumeur suprasymphysaire accompagnée de rétention d'urine. L'ouverture pratiquée à l'hymen permit d'évacuer une collection de 200 cc. de liquide muqueux. L'enfant succomba à une péritonite le trentième jour après sa naissance.

Supposons notre fillette arrivée à la puberté sans incidents. A ce moment la menstruation va s'installer, mais le sang, ne pouvant s'écouler au dehors comme il est de règle normalement, distend le vagin à chaque mois et détermine une série d'accidents variables suivant les sujets, et pour lesquels le médecin est consulté.

L'allure clinique de l'hématocolpos par imperforation de l'hymen peut être très variable. Nous croyons pouvoir distinguer dans cette affection :

- 1° les signes fonctionnels;
- 2° les signes physiques;
- 3° les signes de compression et les troubles à distance.

I. — Les signes fonctionnels.

L'établissement d'un hématocolpos par imperforation de l'hymen peut se faire soit insidieusement, soit bruyamment.

a) *Insidieusement*, c'est le tableau clinique décrit par les auteurs classiques.

Les premiers accidents produits se manifestent au moment où l'évolution pubère, commencée depuis un certain temps, a amené cette série de modifications morales et physiques qui, en quelques mois, ont transformé l'enfant en jeune fille.

En effet, à la puberté, on note dans toute l'économie une série importante de modifications : la taille s'accroît, le bassin s'élargit, la voix change, la jeune fille subit en quelques mois une véritable transformation physique et morale.

On peut noter à chaque période menstruelle un véritable éréthisme cardiaque, probablement d'origine nerveuse, avec de l'hypertension concomitante. Le système nerveux est plus particulièrement influencé par la puberté : l'émotivité, la tristesse, s'exagèrent parfois d'une façon inquiétante.

Parfois, on voit apparaître des préoccupations hypochondriaques, de la neurasthénie, des manifestations variées de l'hystérie ou des accès de mélancolie, témoin le cas de notre observation IX. La malade se sent indigne de sa famille et son indignité devient le point de départ de conceptions délirantes, d'illusions et d'hallucinations terrifiantes.

Toutes ces modifications, tous ces symptômes, font prévoir l'arrivée des règles; les règles ne s'installent pas et la jeune fille éprouve un sentiment de malaise général, une sensation de gêne, de pesanteur, et des douleurs vagues dans le ventre.

Puis le malaise disparaît et la sensation de pesanteur se dissipe. Ces phénomènes se renouvellent les mois suivants à période fixe en augmentant chaque fois d'intensité. En même temps, la jeune fille remarque que son ventre augmente de volume.

Au bout d'un certain temps apparaissent des douleurs intermittentes siégeant vers la région lombaire, irradiant vers le pubis ou le rectum, et qui offrent les caractères des premières douleurs de l'accouchement. Ce sont des coliques ou tranchées utérines. D'abord peu intenses, elles deviennent agaçantes comme les piqûres de mouches.

La jeune fille va, vient, s'arrête, s'appuie sur le dossier d'un fauteuil, d'une chaise, sur le rebord d'un meuble; son visage exprime la souffrance. Au bout d'un instant, elle redevient calme. A ces douleurs utérines s'ajoutent du ténesme rectal ou vésical et des fourmillements dans les cuisses. Tous ces symptômes durent au début une huitaine de jours, mais cette durée va en progressant par la suite, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps c'est pendant quinze jours que la malade se plaint de son ventre sans qu'on voie apparaître aucun écoulement à la vulve.

D'autres symptômes viennent s'ajouter à ceux que nous avons énumérés, tels que la pesanteur à la vulve, la sensation d'un corps qui tend à descendre. La santé générale s'altère, l'appétit diminue et même disparaît.

Il y a de la constipation, la figure est pâle, la malade s'affaiblit et éprouve constamment de la douleur et de la gêne dans le ventre.

D'autres fois, la jeune fille est en proie à un état d'anxiété, d'impatience considérable, et elle a des palpitations violentes.

Finalement, l'attention de la mère de la malade est éveillée par les douleurs dont se plaint sa fille et la fait voir à un médecin.

b) *Bruyamment*. — Il n'en est pas toujours ainsi, car l'hématocolpos par imperforation de l'hymen peut débiter d'une façon bruyante, et nous assistons à une réaction péritonéale plus ou moins violente et parfois même très intense.

La jeune fille éprouve des douleurs excessivement vives dans le bas-ventre, dans les fosses iliaques et dans les reins l'obligeant à s'aliter.

On note parfois une irradiation vers la racine des cuisses. Ce sont des douleurs diffuses quelquefois d'une extrême violence se rapprochant de l'ictus péritonéal par rupture d'une grossesse tubaire. La malade se plaint d'une sensation de corps étranger dans le ventre. Parfois, il y a tendance à la syncope. Les traits sont anxieux, le pouls est rapide; en même temps apparaissent les nausées, les vomissements, le ballonnement du ventre, la dysurie et la constipation.

La crise ne cesse qu'au bout de quelques heures, mais pendant plusieurs jours l'enfant est obligée de garder le lit, car l'hypogastre et les fosses iliaques sont encore sensibles et douloureux.

II. — Les signes physiques.

Passons à l'examen de la malade. En écartant les grandes lèvres, on voit une membrane qui est ou bien « bleuâtre », ressemblant, suivant l'expression de Guinard, à « la fenêtre d'une salamandre », ou bien rouge noirâtre, élastique, rénitente, plus ou moins douce au toucher suivant son épaisseur, oblitérant l'orifice vaginal et bombant à l'occasion des efforts.

Si l'on appuie sur cette poche, on ne détermine aucune douleur, mais l'on a une sensation liquidienne. Le bas-ventre est voussuré.

La palpation permet de sentir au niveau de l'hypogastre une tumeur à bords réguliers, arrondie, rénitente, remontant plus ou moins haut au-dessous de l'ombilic, parfois le dépasse, et coiffée par une petite masse arrondie, du volume d'un gros œuf de poule et de consistance dure. La tumeur ressemble dans son ensemble à une « gourde de pèlerin ».

Si l'on imprime un brusque mouvement, une chiquenaude par exemple, sur la membrane bombant entre les grandes lèvres, on sentira le contre-coup de cette chiquenaude se transmettre à la main appuyée sur la tumeur abdominale.

Le toucher rectal permet de sentir le pôle inférieur de la tumeur qui pénètre dans l'excavation pelvienne. Il apparaît sous forme d'une tumeur cylindrique rénitente, interposée entre la symphyse pubienne et la face antérieure du rectum, qu'elle déprime.

Le degré de distension de la tumeur varie de haut en bas suivant la quantité de sang menstruel retenu et son volume est variable. On en a signalé du volume d'un utérus gravide du sixième mois (Churchill).

III. - Les signes de compression et les troubles à distance.

Une pareille tumeur dans l'excavation pelvienne n'est pas sans déterminer des troubles de compression.

Dans l'étude sommaire des rapports du vagin avec les organes qui le voient, nous voyons qu'en avant il est appliqué par sa face antéro-externe contre la vessie en haut et le canal de l'urètre en bas; de même qu'il est en contact en arrière par sa face postéro-externe avec le péritoine dans sa partie supérieure et avec le rectum dans sa partie inférieure. Par son extrémité supérieure, il est en relation avec l'utérus. Ces rapports intimes du vagin avec les organes voisins nous expliquent les troubles du côté de l'appareil urinaire et du rectum.

a) *Troubles du côté de l'appareil urinaire.* — Dans la plupart des observations que nous reproduisons ici, nous remarquons que le signe le plus constant dominant la scène après les douleurs vagues de l'abdomen est, soit l'envie fréquente d'uriner, soit la difficulté pour uriner, soit enfin la rétention complète nécessitant le cathétérisme répété, qui parfois est très difficile à cause de la saillie déterminée par l'hématocolpos sur la face postérieure de la vessie ou sur le trajet urétral, comme dans les cas des observations III et XVI.

Cette rétention d'urine est très douloureuse et arrache des cris à la malade, qui manifeste un pressant besoin de « vider son ventre ».

b) *Troubles du côté du rectum.* — Par la compression qu'il détermine sur le rectum, l'hématocolpos peut déterminer à la longue une constipation chronique et parfois provoquer des phénomènes de subocclusion ou d'occlusion intestinale. Dans notre observation XVII, la malade présente une absence totale de gaz et de matières, des anses intestinales dessinées sous la paroi abdominale, un estomac distendu, des nausées, de violentes coliques siégeant aux reins et au bas-ventre.

Par son voisinage avec le péritoine, l'hématocolpos peut

prendre une allure clinique inquiétante rappelant l'ictus péritonéal par rupture tubaire. La malade a un facies anxieux avec des traits tirés, un état particulier de torpeur et de somnolence dont on arrive avec peine à la faire sortir.

c) *Troubles à distance.* — A côté des troubles de compression, nous signalons les symptômes à distance que peut déterminer la rétention menstruelle dans le vagin. Le sang n'ayant pu s'écouler librement au dehors et par suite de l'éréthisme cardio-vasculaire de la puberté et de l'hypertension concomitante, il peut se faire que des hémorragies de suppléance aient lieu.

Parfois c'est une épistaxis rebelle à toute thérapeutique qui traduit l'existence d'un hématocolpos par imperforation hyménéale. Mais, fait important, l'hémorragie n'a aucune cause apparente, et apparaît tous les mois régulièrement et à date fixe.

D'autres fois, ce sont des hémorroïdes qui saignent pour vider le trop-plein du système circulatoire.

On signale des cas d'hémoptysie, d'hématémèse, sans lésions pulmonaire ni gastrique.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces hémorragies de suppléance amènent un bien-être à la malade au lieu de l'abattre comme le ferait une hémoptysie bacillaire ou une hématémèse dans l'ulcus gastrique.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hématocolpos par imperforation hyménale n'est pas difficile. Il suffit d'y penser.

I. — Diagnostic positif.

1° *L'âge, de la malade.* — C'est ordinairement entre 13 à 18 ans que l'on a la plus grande chance de rencontrer cette affection. Dans la plupart de nos observations, nous relevons l'âge moyen de 15 à 17 ans. Mais nous pouvons rencontrer des cas où les malades n'ont que 12 à 13 ans. Ceci s'explique par la précocité d'installation de la menstruation dans certaines régions, où il n'est pas rare de voir des fillettes réglées à 11 ou 12 ans.

2° *La marche des accidents.* — Si nous interrogeons bien la malade ou son entourage, nous nous apercevrons que c'est depuis des mois qu'elle souffre, et la souffrance actuelle n'est qu'un retour plus énergique des douleurs qu'elle a endurées depuis longtemps déjà.

Ces douleurs sont régulières, survenant tous les mois à la même époque et rétrocedant au bout de quelques jours, pour revenir plus vives et plus durables le mois suivant.

3° *L'examen physique détaillé.* — Il suffit, en effet, d'inspecter la vulve, d'écarter les grandes lèvres, pour apercevoir, bombant fortement au dehors comme une tête d'enfant au moment de l'accouchement, une membrane de couleur bleuâtre ou rougeâtre. Derrière cette membrane, une

sensation de liquide permet de dire qu'on a devant soi un hémato-colpos par imperforation de l'hymen.

La palpation permet de sentir une tumeur à deux pôles, dont l'un supérieur, petit, dur, et l'autre inférieur, volumineux, rénitent. La tumeur, dans son ensemble, ressemble à une « gourde de pèlerin ».

Enfin le toucher rectal fait retrouver cette tumeur sur la paroi antérieure du rectum.

4° *Les phénomènes de compression et les troubles à distance.* — Nous ne faisons que les rappeler, car nous en avons parlé dans notre chapitre de la symptomatologie. Parfois ils figurent seuls dans le tableau clinique, et un clinicien non averti peut se laisser égarer par eux, car au premier abord ils n'affectent aucun rapport avec l'hémato-colpos, mais, en réalité, ils nous signalent sa présence.

Diagnostic différentiel.

Par son allure clinique, par sa situation dans la sphère génitale et dans l'hypogastre, l'hémato-colpos par imperforation hyménéale peut simuler les affections fréquentes de ces régions, telles que :

L'appendicite. — A quoi songe le médecin appelé au cours d'une des crises que nous avons décrites plus haut. Il élimine toutes les affections génitales, vu le jeune âge de la malade, et d'autant plus que la famille l'a prévenu qu'elle n'est pas encore jeune fille. Il se rabat alors sur l'affection la plus fréquente, nous voulons dire l'appendicite. Du reste, le traitement classique de cette maladie va lui donner une sorte de confirmation de son opinion.

Le repos au lit et la glace sur le ventre améliorent rapidement les symptômes et au bout de deux ou trois jours il ne reste rien ou presque rien de cette crise bruyante. Quelques semaines plus tard, nouvelle crise, et le médecin est réappelé. Il pensera à une récurrence appendiculaire due à un écart de régime ou à un surmenage.

Une telle erreur de diagnostic peut être évitée si l'on a pris le soin de faire un examen complet de la malade.

La grossesse. — Le diagnostic de grossesse, qui peut être vraisemblable au début, d'autant plus que l'on constate parfois chez les malades de l'augmentation des seins, de la perversion des fonctions digestives, ne résiste pas à un examen approfondi.

Le kyste de l'ovaire à pédicule tordu. — Ici nous n'avons pas la même évolution clinique. Si au début des deux affections nous avons la même crise cataclysmique, les suites ne sont pas identiques.

Tout rentre rapidement dans l'ordre dans l'hématocolpos, qui ensuite a une évolution lente, chronique et périodique. Au contraire, tout s'aggrave, dans le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, si l'on n'intervient pas à bref délai.

CHAPITRE VII

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de l'hématocolpos par imperforation hyménéale est progressive et tend à devenir chronique. L'accroissement de la tumeur est en général lent et se fait par étapes successives correspondant aux époques menstruelles. En continuant à grossir, elle peut aboutir à la rupture.

Abandonnée à elle-même, la tumeur peut s'ouvrir à l'extérieur ou à l'intérieur. A l'extérieur, une fissure peut se produire dans l'hymen. D'autres fois, la rupture s'effectue à la base des grandes lèvres et détermine la production d'une énorme tumeur. Dans les cas heureux, la guérison peut être la conséquence de cette évolution spontanée. Mais souvent la poche s'infecte, la suppuration s'y développe et les malades sont condamnées à la septicémie. A l'intérieur, la poche peut s'ouvrir dans le péritoine, où elle détermine une hématoécèle et, si la poche est infectée, une péritonite mortelle.

Ces deux complications, l'infection et la rupture, constituent un danger permanent pour les malades abandonnées à elles-mêmes.

D'ailleurs le traitement des rétentions menstruelles, loin de prévenir toujours l'infection, y expose parfois, et c'est une des raisons qui, avant l'ère aseptique, faisait considérer l'inaction comme moins dangereuse que l'opération.

L'infection de la poche peut être, en effet, la conséquence de l'intervention chirurgicale; les accidents infectieux se développent avec la rapidité, les allures de la septicémie puerpérale et peuvent rapidement tuer les malades.

Il ne suffit donc pas de faire une opération aseptique, il

faut aussi assurer l'asepsie pendant toute la durée de l'évacuation de la poche.

Autrefois, le pronostic des rétentions menstruelles était considéré comme sévère, car bien souvent l'évacuation de ces collections était suivie de complications souvent mortelles : la rupture des trompes distendues par le sang, accident rare; l'infection des cavités, source de septicémie et de péritonites, accident fréquent.

Actuellement, il est loin d'être si sombre, grâce à l'asepsie rigoureuse appliquée par les chirurgiens et à leur connaissance approfondie de l'hématocolpos.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement de l'hématocolpos par imperforation de l'hymen est d'une bénignité incontestable à l'heure actuelle si l'on se soumet aux principes suivants :

1° *Faire une intervention précoce.* — Tout hématocolpos diagnostiqué doit être opéré le plus tôt possible. N'est-il pas du devoir du chirurgien et du médecin de soulager les souffrances de leurs semblables ? En opérant précocement, on évite ainsi aux malades les complications qui, souvent, peuvent être mortelles pour elles.

2° *Pratiquer une asepsie rigoureuse.* — L'opération doit être faite avec la plus grande asepsie, car n'oublions pas que nous sommes en présence d'une cavité longtemps distendue, aux parois modifiées et dépourvues de toute défense. Par conséquent, les germes pathogènes y trouvent facilement une porte d'entrée pour exercer leurs ravages dans l'organisme.

3° *Proscrire la ponction simple.* — La ponction simple doit être rejetée dans le traitement de l'hématocolpos, même si elle est faite au point déclive de la poche. Elle ne peut à elle seule drainer convenablement cette cavité, qui contient une quantité énorme de sang (2.300 cc. dans notre observation XIV), excellent milieu de culture pour tous les germes qui pullulent dans cette région. Elle doit constituer le premier temps de l'intervention, car elle permet de *vider très lentement la collection* et d'éviter ainsi la rupture des trompes, dans le cas où c s dernières sont distendues.

4° *Inciser largement et réséquer, même en partie, la membrane obturante de manière à prévenir la rétention.* — Une

fois la poche vidée, il faut prévenir la rétention par une incision verticale large, de façon que les sécrétions puissent s'écouler librement au dehors.

Quelques chirurgiens vont jusqu'à faire une résection ovulaire de la membrane obturante, et l'hymen ainsi remanié est, paraît-il, très présentable, de sorte que l'œil exercé d'un médecin légiste le trouverait en parfaite intégrité.

Il peut arriver qu'on se trouve en présence d'une membrane particulièrement vascularisée; nous savons que la tunique hyménéale est sillonnée par une multitude de petits vaisseaux; dans ce cas, alors, on pourra, afin d'éviter une hémorragie, toujours bien ennuyeuse, et il s'en produit quelquefois de graves, avoir recours au thermocautère.

Lorsque, au début de notre étude, nous avons jeté un coup d'œil sur la structure de l'hymen, nous avons vu que dans son épaisseur se trouvait un réseau de tissu conjonctif susceptible d'acquérir un développement considérable, et c'est à cette texture toute spéciale qu'on doit de rencontrer quelquefois des hymens épais, charnus et résistants.

Cette constatation peut avoir son importance au point de vue opératoire et c'est là-dessus que nous voulons insister.

Après l'incision, il est de toute importance d'empêcher les deux lèvres de la plaie de se réunir dans la suite, car tout serait à recommencer. La prudence doit donc commander de prendre séparément les surfaces avivées de chaque lambeau et d'y faire une suture en surjet; cette précaution, d'ailleurs très simple, est capable d'éviter des mécomptes et vaut certes mieux que la pratique du médecin du siècle dernier, Le Gendre (1866), qui avait eu la notion de cet inconvénient : « Je fabriquai, dit-il, un suppositoire avec un mélange de cire et de miel, d'une consistance assez ferme et d'un calibre convenable, que j'introduisis dans le vagin de l'enfant, en vue d'obtenir la cicatrisation séparée de chacun des lambeaux. » Et il a soin d'ajouter d'ailleurs qu'elle fut complète au bout du troisième jour.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

Hématocolpos et hématométrie formant une volumineuse tumeur abdominale. — Incision. — Guérison.

Mlle de S..., 15 ans, est une fillette bien constituée qui nous est adressée par notre confrère le Docteur D... pour une tumeur abdominale s'accompagnant de crises douloureuses du côté du ventre. La radiographie a été pratiquée, on a pensé à un kyste possible de l'ovaire.

A l'interrogatoire, nous apprenons que cette fillette a deux sœurs bien portantes, qu'elle-même s'est bien portée jusqu'à il y a quelques mois, où elle a été prise de douleurs dans le bas-ventre revenant tous les mois et durant un à deux jours. Depuis un mois ou deux, le ventre a augmenté de volume, et c'est dans ces conditions que la famille a fait appeler son médecin. En interrogeant, la mère de l'enfant m'apprend que celle-ci n'est pas encore réglée.

A l'examen du ventre, on découvre dans la région hypogastrique une tumeur médiane dure, bosselée et sensible à la pression.

Cette tumeur est mate dans toute son étendue. La vulve, examinée, est complètement fermée et bombe quand la malade fait un effort.

Au toucher rectal, ampoule refoulée par la tumeur dure qui se continue avec la tumeur abdominale.

Le diagnostic d'hématocolpos et d'hématométrie par imperforation de l'hymen est de suite porté.

La petite malade entre à la maison de santé, où elle est opérée le lendemain.

Opération. — Sous anesthésie au Schleich, la malade est mise en position gynécologique.

Après désinfection à l'essence de goménol, on incise transversalement à deux doigts au-dessous de l'orifice urétral : on évacue ainsi une grosse quantité de sang noir, épais, sans odeur. En appuyant sur l'abdomen, on sent que l'utérus se vide (1 litre et demi).

Au catgut, on suture le pourtour de l'orifice en affrontant les surfaces cutanées par des points espacés; un gros drain est mis dans le vagin avec mèche goménolée.

Suites tout à fait normales sans le moindre incident. La petite malade quitte la clinique le douzième jour. Elle a été examinée depuis : le toucher vaginal montre un col normal, un utérus un peu gros, rien, aux annexes.

Les règles reviennent régulièrement tous les mois.

L'opération date aujourd'hui de plusieurs mois et le résultat est excellent.

OBSERVATION II.

(H. BRÉSARD, 1875.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos.

En novembre 1875, une jeune fille de 18 ans, chétive et malin-gre, entra à Lariboisière, dans le service de Maurice Raynaud, avec des douleurs abdominales et une augmentation considérable du volume du ventre.

On pensa tout d'abord à une péritonite tuberculeuse, et ce n'est que plusieurs jours après son entrée que, en voulant pratiquer le toucher vaginal, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une imperforation de l'hymen. La malade fut transportée dans le service de Tillaux, salle Sainte-Jeanne, et Tillaux fit au bistouri une incision cruciale de la cloison hyménéale. Il s'écoula environ un litre de liquide chocolat très épais. L'utérus était tout petit et les organes génitaux

peu développés (poils rares, lèvres non pigmentées, à peine saillantes). Les jours suivants, il y eut un écoulement de pus très abondant, avec des frissons et de la fièvre; la malade ne quitta l'hôpital que cinq semaines après l'opération. Elle était complètement guérie.

OBSERVATION III.

(BRÉSARD, 1881.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos.

Le 14 décembre 1881, une jeune fille de 17 ans entre, à 7 heures du soir, dans le service de Verneuil à la Pitié, salle Lisfranc, n° 13, pour une rétention d'urine. M. Guinard est appelé aussitôt comme interne de garde. Il trouve un ventre très distendu et se met en devoir de pratiquer le cathétérisme. Il n'y arrive qu'avec les plus grandes difficultés, à cause surtout de l'indocilité de la malade, qui se débattait et poussait des cris violents. Il s'écoula par la sonde un litre et demi d'urine, mais le ventre resta volumineux, et on sentait très nettement une tumeur fluctuante qui remontait au-dessus de l'ombilic et que M. Guinard prit pour un kyste, la malade refusant obstinément de se laisser examiner.

Le lendemain, 15 décembre, Verneuil, voulant pratiquer le toucher vaginal, s'aperçut qu'il y avait un hymen imperforé. La malade ne présentait d'ailleurs aucune autre malformation génitale.

Il incisa la membrane en travers au thermocautère, puis, introduisant le dilateur de son ami Bigelow, il agrandit l'orifice. Il s'écoula à flots « un liquide chocolat, très épais, sans aucune odeur, sans bactéries et sans pus ».

C'est en ces termes que Verneuil, dans sa leçon clinique du 15 décembre 1881, décrivit son opération. Il plaça un tube de caoutchouc dans le vagin et fit faire quatre fois par jour des lavages antiseptiques. L'utérus était petit, absolument normal. La malade se plaignait depuis trois ans de vagues douleurs abdominales pour lesquelles elle n'avait jamais consulté personne. Dans sa leçon clinique du 15 décembre, Verneuil insistait sur la gravité

que ces opérations présentaient avant l'avènement de la méthode antiseptique.

• OBSERVATION IV.

(H. BRÉSARD, 1882.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos.

En janvier 1882, entre à Lariboisière, dans le service de Tillaux, une jeune fille de 17 ans pour des troubles de la miction. Depuis plusieurs mois, elle se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie; elle se décide à entrer à l'hôpital parce qu'elle n'a pas pu uriner depuis vingt-quatre heures. On pense à une cystite tuberculeuse. Après avoir sondé la malade et retiré de sa vessie un litre et demi d'urine, on constate que l'abdomen est toujours augmenté de volume; on croit à une péritonite tuberculeuse; en voulant pratiquer le toucher vaginal, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une imperforation de l'hymen. Tillaux fit au bistouri une incision cruciale de l'hymen : il s'écoula après l'incision deux litres de liquide ressemblant à de la crème au chocolat; l'utérus, au fond de la poche vaginale, était normal. Les organes génitaux externes sont bien développés (poils abondants, lèvres pigmentées bien saillantes). Les suites furent simples, la malade quitta l'hôpital huit jours après.

OBSERVATION V.

(POLAILLON, 1894.)

*Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos. — Incision.
Guérison.*

Le 18 septembre 1894, R... (Jeanne), âgée de 15 ans, est amenée par sa mère parce qu'elle a, par moments, une difficulté très grande à uriner. Elle raconte qu'il y a trois mois environ, vers le commencement de juillet, elle fut prise de douleurs dans le ventre et dans les reins, douleurs revenant par intermittence, ne l'obligeant pas

à prendre le lit, mais à s'étendre sur un canapé, pour attendre qu'elles fussent passées. D'ailleurs, aucun trouble de la santé générale. Les douleurs cessèrent rapidement au bout de deux à trois semaines; seulement, de temps en temps, la jeune fille ne pouvait satisfaire au besoin d'uriner. Il fallait alors exercer une pression sur son flanc gauche pour amener l'émission de l'urine. Cette rétention d'urine n'était nullement douloureuse. Mais la répétition de ce phénomène engagea sa mère à demander un conseil.

A l'hypogastre, je trouve une tumeur arrondie, grosse comme un œuf d'autruche, rénitente, non douloureuse, mate, mobile, dans l'abdomen.

En examinant les organes génitaux externes, je vois une tumeur, de couleur violacée, faire saillie à travers l'orifice vulvaire. La saillie est beaucoup plus marquée quand la malade fait un effort; elle est dépressible et fluctuante.

Il est facile de reconnaître que l'hymen imperforé est distendu par une collection liquide, située en arrière de lui. Cette collection n'est autre chose que le sang des règles qui s'est accumulé dans la cavité vaginale et probablement aussi dans la cavité utérine. Il y a à la fois hémocolpos et hématométrie.

Une incision avec le bistouri donne issue à une quantité énorme de sang noirâtre, parfaitement liquide, sans odeur. Lavage prolongé de la cavité avec l'eau boriquée. Drain dans le vagin. La tumeur abdominale a complètement disparu.

Quelques jours après, je constate que l'incision de l'hymen s'est beaucoup rétrécie, mais il reste à son centre un orifice suffisant pour l'écoulement futur des règles.

En effet, le 25 septembre, la jeune fille est prise d'un flux menstruel normal qui dure trois jours.

Le sang a les qualités ordinaires du sang des règles; la menstruation s'est accomplie sans aucune douleur.

Le 28 septembre : Exeat.

Depuis cette époque, la jeune fille est restée guérie.

Les accidents de rétention d'urine avaient cessé aussitôt après la disparition de la tumeur hypogastrique, qui comprimait la vessie. Ils ne se sont pas reproduits depuis lors.

OBSERVATION VI.

(Paul MORELY, Société anatomique de Paris, 1898, p. 619.)

*Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos. — Hématométrie.
Hématosalpinx. — Torsion du pédicule des trompes.*

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, entrée le 4 juillet salle Delessert.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Son père et sa mère vivent et se portent bien. Elle a cinq frères et sœurs tous en parfaite santé. Il n'y a eu dans la famille aucune malformation génitale. Quant à elle, jamais elle n'a été réglée. Nous ne relevons dans ses antécédents personnels aucun fait digne d'être signalé.

Il y a trois ans, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans (mai 1895), notre malade eut pendant quelque temps des douleurs vagues dans le ventre. Ces douleurs se renouvellent le mois suivant; elles étaient un peu plus vives, puis tous les mois, à époque fixe, ces phénomènes se renouvelaient en même temps que la malade remarquait une augmentation de volume du ventre. Tous ces symptômes duraient au début une huitaine de jours, mais cette durée alla en progressant par la suite, de telle sorte qu'à l'heure actuelle c'est pendant une quinzaine de jours que la malade se plaint de son ventre.

Actuellement, voici ce que nous constatons :

A l'inspection, le volume du ventre paraît considérablement augmenté. Il fait une saillie allongée et ressemble à première vue à la saillie que provoque un gros utérus fibromateux.

La percussion révèle une matité remontant très haut jusque sous les fausses côtes.

A la palpation, l'utérus apparaît très volumineux, de consistance dure, douloureux à la pression; il a en haut un contour arrondi. Il remonte au-dessus de l'ombilic. De plus, on trouve les fosses iliaques remplies par une masse qui semble appendue aux flancs de l'utérus et la percussion à leur niveau dénote une matité très nette.

Si, maintenant, on passe à l'examen de la région vulvaire, on est surpris de voir que l'hymen est imperforé; on ne peut y introduire la plus petite sonde. Notons toutefois qu'il ne bombe pas en avant.

Le toucher rectal fournit des renseignements très importants. Il permet en effet de constater que tout le petit bassin est rempli par une tumeur de volume régulier commençant en bas au niveau de l'insertion inférieure du vagin et se continuant en haut du côté de l'utérus.

Il semble que le vagin soit fortement bourré.

A ces divers signes physiques s'ajoutent des signes fonctionnels que l'on suppose. Il existe de violentes douleurs provoquées et spontanées dans l'abdomen, surtout au moment des époques menstruelles. Il n'y a aucun symptôme alarmant du côté de la vessie ou du rectum; la température est normale, le pouls à 80. Pas de sucre ou d'albumine dans les urines.

Opération (le 8 juillet). — M. Chaput ponctionne l'hymen en son milieu à l'aide de sa pince-trocart. Il s'écoule aussitôt du sang noir (un demi-litre environ). Il présente les caractères du sang ayant séjourné longtemps dans l'utérus. Il est poisseux, visqueux, très noir. L'opération est complétée par un débridement vulvaire latéral gauche. L'utérus et le vagin ainsi évacués, le doigt introduit dans le vagin permet de constater l'existence :

En bas, immédiatement au-dessus de l'hymen, d'un petit diverticule vaginal de 3 centimètres de hauteur;

Au-dessus, d'un rétrécissement en forme de diaphragme admettant à peine l'index;

Au-dessus de ce rétrécissement, d'une cavité vaginale très volumineuse : 6 centimètres de hauteur;

Enfin, du col utérin extrêmement dilaté.

L'utérus paraît se vider complètement. Une tumeur surajoutée à gauche persiste d'abord, puis paraît se vider.

La vulve est tamponnée avec des éponges. Une sonde est mise à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — 9 juillet : La malade urine peu. Quantité énorme de matières fécales dans le rectum. Tuméfaction très dou-

loureuse de l'abdomen à droite. Après midi, mauvais état général. Température, 37 degrés; on sent dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur du volume du poing, immobile, douloureuse à la pression et spontanément. C'est l'hématosalpinx de ce côté qui persiste et paraît ne pas vouloir se vider. Rien dans la fosse iliaque gauche. La malade est pâle, affaiblie. Curage du rectum : 500 grammes de sérum.

10 juillet : Le matin, on constate une amélioration légère, mise sur le compte de l'évacuation rectale. Température normale. Oligurie.

Dans la soirée, la malade paraît très faible, la température est montée à 38 degrés, le pouls est à 140. Une intervention par la voie abdominale paraît urgente. Nous faisons prévenir M. Chaput, qui laparotomise la malade à 10 heures du soir, pensant avoir affaire à une torsion des trompes.

A l'ouverture du ventre, du sang noir s'échappe du ventre, environ 200 grammes; les anses intestinales sont légèrement rouges.

La trompe droite amenée dans le champ opératoire est volumineuse comme le poing, noire, perforée en un point. De plus, son pédicule est tordu et a effectué six tours de spire. Dès qu'une ligature est posée sur lui, la trompe se détord.

La trompe gauche, quoique moins volumineuse, présente cinq tours de spire. Elle n'est pas perforée et a le volume d'une grosse mandarine.

Ablation.

11 juillet : La malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Pas de liquide purulent dans le ventre. Anses intestinales peu distendues, légèrement injectées; liquide noirâtre dans le cul-de-sac de Douglas. Viscères normaux.

L'utérus a subi une hypertrophie générale et mesure 15 centimètres de longueur; ses parois ont une épaisseur de 1 centimètre. Il n'y a pas à proprement parler de portion vaginale du col, l'orifice externe de l'utérus se continue directement avec les parois vaginales. La portion commençante de l'utérus se distingue de la partie terminale du vagin par ce fait qu'il y a au niveau de leur point de jonction un versant très net et aussi parce que la face

interne de l'utérus est lisse, tandis que la paroi vaginale a un aspect réticulé. L'orifice externe de l'utérus admet facilement trois travers de doigt et la cavité extérieure conserve ce diamètre jusqu'à son fond.

Le vagin a subi une énorme dilatation et admet facilement sur tout son parcours le diamètre du poing.

Les trompes sont énormes; la trompe droite est grosse comme le poing, pleine de sang; elle est bosselée, tendue au maximum; sa consistance est dure. En certains points de son trajet, elle mesure jusqu'à 5 centimètres.

Elle est contournée de telle façon que ses extrémités utérines et ovariennes se touchent. Au moment de son extraction, ses deux extrémités formaient, l'une avec l'autre, six tours de spire, et lorsque, le fil étant posé, on fit la section du pédicule, celui-ci se détordit brusquement.

La trompe gauche est plus petite. Elle présente l'aspect d'une cornemuse et paraît avec raison être comparée à un estomac de fœtus qui aurait été insufflé. Elle mesure en son plus grand diamètre 4 centimètres.

Au moment de l'opération, elle avait subi elle aussi une torsion considérable pouvant être évaluée à cinq tours de spire. Elle se détordit brusquement aussitôt la section faite.

OBSERVATION VII.

(GRASSET, 1906.)

Imperforation de l'hymen avec hémocolpos et rétention d'urine.

D... (Joséphine) est âgée de 17 ans et 4 mois; elle est la seconde de 4 enfants bien constitués; chez le père et la mère, de même que chez les collatéraux, nous ne connaissons aucune déformation congénitale. La fillette n'a jamais été réglée; depuis trois ou quatre mois, elle souffre du ventre, et ses parents ont attribué ces douleurs à l'imminence des époques menstruelles. Les premiers jours du mois de mai, les douleurs sont devenues intolérables; enfin, du 6 au 8 mai, l'enfant cesse d'uriner. Elle est examinée par un de nos confrères, qui nous l'adresse à l'hôpital de Riom avec un bon diagnostic d'hémocolpos.

8 mai : Le ventre est globuleux et donne l'aspect extérieur d'une grossesse de 5 à 6 mois. Les seins sont intacts; la ligne blanche au-dessous de l'ombilic est fortement pigmentée. En écartant les grandes lèvres, nous trouvons une tumeur saillante, violacée, que l'examen minutieux de la région nous montre être l'hymen imperforé; nous ne trouvons pas le méat urinaire, qui est replié et caché derrière la muqueuse proéminente.

9 mai : Avec l'assistance du docteur Allard, chloroformisation. Très petite incision au bistouri; par l'ouverture ainsi pratiquée, écoulement de sang de consistance sirupeuse et de couleur chocolat, au total 1 litre et demi. Pendant que se fait l'écoulement sanguin, le méat urinaire libre et l'urine s'écoule spontanément en un jet abondant (environ 3 litres).

Après évacuation totale du sang et de l'urine, nous pratiquons autour du point incisé une petite résection ovulaire de la membrane hymen et nous y logeons une longue mèche de gaze iodoformée.

La rétention d'urine persista le 10 et le 11 mai (cathétérisme), puis la malade urine spontanément.

La température resta tous les jours qui suivirent notre intervention au-dessous de 37 degrés.

L'orifice hyménéal pratiqué fut maintenu par le passage quotidien d'une bougie d'Hégar n° 10.

La fillette sortit guérie de l'hôpital le 20 mai. Le 17 juin, ses parents nous la ramenèrent; elle avait ses premières règles normales et ne souffrait ni du ventre, ni du bas des reins.

Nous l'avons revue depuis; sa santé est parfaite.

L'hymen, en croissant, est très présentable, et l'œil exercé d'un médecin légiste le trouverait en parfaite intégrité.

OBSERVATION VIII.

(Dr G. GUILBAUD et CHEVALIER, interne [1905].)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos et hématométrie.

M... (Jeanne), 15 ans, typographe, était envoyée le 18 mai 1904 à l'Hôtel-Dieu, où elle entraît salle XV, n° 27.

Depuis quatre mois, cette jeune fille, dont la santé jusque-là avait été parfaite, ressentait dans les reins des douleurs qui revenaient périodiquement tous les mois et duraient à peu près quinze jours. Malgré ces douleurs vives, compliquées d'insomnie et de perte d'appétit, la malade peut continuer à travailler jusqu'au 1^{er} avril.

A cette époque, les douleurs devinrent plus violentes et le ventre présenta une augmentation de volume manifeste.

En effet, nous pûmes constater après un cathétérisme qui ne décéla aucune rétention d'urine l'existence d'une tumeur piriforme, dure, mobile et indolore, du volume d'une tête de fœtus à terme, qui, occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit, s'étendait sur la ligne médiane jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Son grand axe se dirigeait obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

De la partie externe et supérieure se détachait un prolongement bosselé, douloureux à la palpation, et présentant une largeur d'environ deux travers de doigt : probablement l'utérus soulevé par le vagin distendu.

A l'examen des organes génitaux externes, on voyait saillir à la vulve une grosseur du volume d'un œuf, dépressible et constituée par une membrane épaisse, violacée, sillonnée de petits vaisseaux et refoulée par une collection liquide tendue. Il s'agissait manifestement d'une imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel dans le vagin, ainsi qu'on put s'en assurer après l'opération dans l'utérus.

Le 20 mai, après avoir très soigneusement rasé et nettoyé la région vulvaire, je fis sur l'hymen avec le bistouri une incision verticale médiane de deux à trois centimètres. Il s'écoula un litre de liquide brun noirâtre ayant la couleur et la consistance d'une crème au chocolat. Le vagin fut tamponné lâchement à la gaze et la vulve protégée par un pansement aseptique.

Le lendemain, je retirai la gaze et pratiquai le toucher.

La paroi vaginale avait la consistance d'un carton épais et rigide. Près du fond, la paroi supérieure du vagin formait un bourrelet rappelant la lèvre antérieure d'un col utérin, largement dilaté.

Le col utérin dilaté, admettant facilement l'index, était situé très haut dans l'angle supérieur droit du vagin. Ce col était d'ailleurs complètement effacé et réduit à un orifice.

Les suites de l'intervention furent d'abord très simples jusqu'au 24 mai. Ce jour-là la température passe de 37 degrés à 39 degrés puis à 39°6; le 26, elle montait à 41 degrés avec pouls à 130.

Des lavages intra-utérins pratiqués matin et soir du 25 au 31 mai par M. Chevalier, interne du service, eurent raison de cette grave infection provoquée peut-être par une négligence de l'infirmière au cours d'un pansement.

Le 3 juin, la température était encore à 38°8; le 13, elle s'élevait à 39°4, pour regagner définitivement 37 degrés.

Enfin, le 23 juin, Jeanne M. quittait l'hôpital, guérie. Le vagin avait perdu sa rigidité, le col utérin s'était reconstitué. Le 31 août, son père m'écrivait que les règles s'étaient produites du 25 au 28 août et que la santé de sa fille était excellente.

OBSERVATION IX.

(H. BRÉSARD. Due à l'obligeance de M. MOREL,
interne des hôpitaux.)

Hématocolpos.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans entrée à l'asile Sainte-Anne, dans le service du Docteur Magnan, pour un accès de mélancolie survenue brusquement quelque temps auparavant. Le point de départ de sa mélancolie était une douleur morale; elle se sentait indigne de sa famille. Son esprit se concentrait sur son indignité, laquelle devenait le point de départ de conceptions délirantes frappées d'un cachet d'humilité; elle avait en même temps des illusions et des hallucinations terrifiantes. M. Magnan, en faisant l'examen somatique de cette jeune fille, est tout étonné de constater dans la région hypogastrique la présence d'une tumeur analogue au volume d'un utérus gravide de quatre mois. Voulant faire le toucher vaginal, il trouve une imperforation du vagin; il fait passer la malade dans le service de M. Picqué; ce dernier fait une incision

cruciale de la bride vaginale, il s'écoule deux litres de liquide chocolat. Les suites opératoires furent simples, et la jeune fille, en même temps qu'elle revenait à la santé, ne tardait pas à voir disparaître son accès mélancolique.

OBSERVATION X.

(AUGIER, 1905.)

Hématocolpos par imperforation de l'hymen avec rétention d'urine prolongée et complète.

A... (Berthe), 15 ans, entre, le 16 janvier 1905, dans le service du Professeur Duret pour des accidents abdominaux. Aucune espèce d'antécédents morbides personnels. La malade était dans un état de santé parfait lorsque, le vendredi 13 janvier, elle fut prise brusquement, pendant son travail, de coliques intenses, qui l'ont forcée à s'aliter. Les douleurs persistent depuis ce jour et ont nécessité le séjour au lit. Le dimanche 15 seraient apparues des crises convulsives épileptiformes de courte durée, qui ont été au nombre de huit dans la nuit de dimanche à lundi.

Le lundi matin, après son arrivée et avant la visite, elle présente une crise convulsive analogue aux précédentes, de courte durée. La malade n'aurait pas uriné depuis vendredi. Elle n'a jamais été réglée.

Examen de la malade. — Facies anxieux, traits un peu tirés; la malade est dans un état particulier de torpeur et de somnolence dont on arrive à peine à la faire sortir pour répondre aux questions qu'on lui pose. Pas de température. Pouls normal.

Par le palper abdominal, on constate l'existence d'une tumeur ovoïde à grand axe vertical remontant au-dessus de l'ombilic, dure et résistante, qu'on croit être la vessie.

En pratiquant le cathétérisme de l'urètre, on constate, en écartant les petites lèvres, l'existence d'une imperforation complète de l'hymen. L'orifice du vagin est complètement fermé par une membrane rougeâtre, violacée, paraissant assez épaisse, et qui bombe dans sa partie médiane.

En la déprimant avec le doigt, on aperçoit une sensation de rénitence et de fluctuation. L'origine des accidents devient claire : il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une rétention de sang menstruel dans les voies génitales par suite d'une imperforation de l'hymen avec phénomènes de compression du côté de l'urètre et rétention d'urine consécutive. Le cathétérisme pratiqué donne issue à 2 litres d'urine claire et limpide.

La tumeur abdominale disparaît progressivement et complètement.

Le soir, à 5 heures, nouveau cathétérisme de l'urètre, qui donne issue encore à 2 litres d'urine : la vessie avait à ce moment le même volume que lors de la visite du matin. La malade n'a plus eu de crises convulsives.

17 janvier, 8 heures du matin : La vessie s'élève de nouveau dans la cavité abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic : le cathétérisme ramène de nouveau 2 litres d'urine.

Intervention (par M. le Professeur Duret). — Incision de la membrane hymen au bistouri : il s'écoule environ un litre de sang noirâtre fluide, sans caillots. On nettoie le vagin à l'aide des tampons.

Au toucher, on constate que les parois vaginales sont écartées l'une de l'autre et que ce canal est considérablement distendu. Le col de l'utérus est petit, son orifice circulaire. L'utérus a un volume normal. Après quelques manœuvres de distension de l'hymen, on place dans le vagin un drain entouré de gaze iodoformée. On place dans la vessie une sonde à demeure. Bandage en T.

Du 18 au 21 janvier : Suites opératoires excellentes, apyrexie complète; les urines sont redevenues normales comme quantité; on se borne à renouveler simplement le pansement extérieur.

21 janvier : On retire la sonde de Pezzer, le drain vaginal, et on pratique un tamponnement peu serré du vagin à la gaze iodoformée.

23 janvier : En renouvelant le pansement, on s'aperçoit que la mèche vaginale est souillée de pus, on fait une injection au permanganate et au bisulfite et un nouveau tamponnement à la gaze iodoformée. Température, 37 degrés le soir.

26 janvier : Depuis trois jours, légère ascension de température le soir. La mèche vaginale est toujours souillée de pus; pour mieux assurer l'écoulement des liquides vaginaux, après dilatation de l'orifice hyménéal avec les bougies de Ilégar et une injection antiseptique chaude, on place de nouveau un drain à demeure.

La fièvre tombe, on continue les injections chaudes quotidiennes, avec quelques manœuvres de dilatation.

10 février : On retire le drain vaginal.

La malade est actuellement complètement guérie.

OBSERVATIONS XI-XII.

(Société Lane des Hôpitaux de Rome, 1^{er} déc. 1906.)

Deux observations d'hymen imperforé par le docteur P. D'ALESSANDRIA.

Il s'agit d'un cas d'hymen imperforé, qui avait donné lieu à un hématoocolpos associé à une rétention sanguine utérine et tubaire considérable. Après l'intervention, seul persiste l'hématosalpinx, ce qui prouve une fois de plus, d'après l'auteur, que la réplétion de la trompe est due au flux cataménial, qui s'effectue normalement aux dépens de ses parois.

Le Docteur Senui rapporte un cas semblable où la tumeur ainsi formée atteignait un tel volume qu'elle en imposait pour une grossesse. Il a, de plus, opéré à l'Hôpital San-Giovanni, dans le service du Professeur Mazzoni, une jeune fille de 17 ans, dans les mêmes conditions, mais qui affirmait avoir toujours été réglée normalement. Il s'agissait en réalité d'un utérus didelphe, avec vagin double, qui ne présentait qu'une seule communication avec la vulve.

OBSERVATION XIII.

(H. BRÉSARD, 1907.)

Imperforation de l'hymen. — Hématoocolpos.

Un médecin de ville amène, le 10 avril 1907, dans le service de M. Guinard, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de 15 ans 1/2 dans les

circonstances suivantes. Il a été appelé il y a huit jours pour une hémorragie nasale qu'on arrête difficilement. Une fois maître de l'hémorragie, le médecin s'occupe d'en chercher la cause et regarde d'abord le foie; il constate avec étonnement que cette fillette a une volumineuse tumeur dans le ventre et, après examen, il pense soit à un kyste de l'ovaire, soit à une tuberculose péritonéale. C'est dans ces conditions que M. Guinard examine la malade. La tumeur a tout à fait la forme, le volume et la consistance d'un utérus gravide de 7 à 8 mois. Elle est piriforme, dépasse l'ombilic, absolument mate, mollasse, rénitente et même fluctuante, un peu douloureuse à la pression, sans jamais causer de douleur spontanée.

En interrogeant, M. Guinard apprend qu'il y a deux ans elle a été prise brusquement de douleurs abdominales, soignées par un autre médecin, qui a pensé à une appendicite. Après huit jours de traitement ordinaire de l'appendicite, tout est rentré dans l'ordre et depuis cette époque il ne s'est produit aucun symptôme péritonéal.

La malade n'a jamais été réglée; aussi, éliminant le kyste dermoïde à cause de l'absence de douleur, ainsi que la tuberculose péritonéale à cause de l'excellent état général et de la sonorité dans les flancs, M. Guinard diagnostique une imperforation de l'hymen.

La malade, sur le lit à spéculum, se présente avec ses organes génitaux externes absolument bien développés. Abondance des poils du pubis, grandes et petites lèvres tout à fait normales. En les écartant, on voit une voussure saillante en avant comme une tête d'enfant au moment de l'accouchement et, à chaque sanglot de la malade, cette voussure s'accroît davantage, comme si la paroi allait éclater.

Cette paroi est translucide et comme opaline; elle est divisée sur la ligne médiane par une bride rosée qui s'étend de l'urètre au raphé médian de la vulve. A travers la membrane, on perçoit la teinte bleuâtre du sang contenu dans le vagin.

Un coup de bistouri en travers donne issue à 1 litre 1/2 à 2 litres de liquide brun, épais, absolument semblable à une crème au chocolat épaisse et liée.

Avec le doigt on se rend compte que ce sang modifié est dans le vagin. Il y avait depuis quelques mois des troubles urinaires, envies fréquentes et difficulté de la miction.

En l'interrogeant de nouveau, on apprend qu'elle souffrait, sans le dire, depuis quelques mois, de sensation de tiraillements dans le ventre.

OBSERVATION XIV.

(AUBERT, 1910.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos.

Mlle A... (P.), âgée de 17 ans, entre dans le service de gynécologie le 30 mars 1908.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Elle-même nous assure avoir toujours joui d'une excellente santé.

Mlle A... nous déclare n'avoir jamais été réglée; du reste, elle et son entourage ne s'en inquiétèrent nullement et elle ne ressentit aucun trouble jusqu'au mois de janvier 1908.

A cette époque, elle commence à ressentir quelques douleurs lombaires à caractère intermittent et qui s'irradient jusque dans la partie antérieure des cuisses.

Ces douleurs durent environ une huitaine de jours, et cessent, pour recommencer peu de temps après. Depuis environ un mois, elle constate que son ventre augmente de volume. Le 1^{er} février, elle est atteinte brusquement, à la suite d'un « coup de froid », dit-elle, d'une rétention complète d'urine qui nécessite un sondage. Durant le mois de février, des crises de rétention analogues se reproduisent à intervalles irréguliers; peu à peu, les sondages doivent être répétés plus fréquemment, pour devenir finalement quotidiens. Sa mère les pratique journallement avec une sonde molle, sans aucune précaution antiseptique.

Une constipation légère a fait aussi son apparition depuis une dizaine de jours.

Notre malade est une jeune campagnarde, de taille moyenne,

brune, à teint coloré; elle est bien développée et d'aspect robuste.

Cœur et poumons normaux. Apyrexie.

L'abdomen est augmenté de volume comme une grossesse de 7 mois 1/2 environ; il est tendu et douloureux à la pression.

Nous constatons une tumeur abdominale à grand axe longitudinal légèrement déviée à gauche. Son plus grand diamètre mesure 22 centimètres à partir de la symphyse. Cette tumeur empiète de 11 centimètres à droite sur la ligne ombilico-spinale et de 12 centimètres à gauche sur la même ligne.

Le plus grand diamètre longitudinal de la tumeur, mesurée au pelvimètre, est de 18 centimètres; le plus grand diamètre transversal est de 15 centimètres.

La grande circonférence de l'abdomen accusé 80 centimètres à l'ombilic.

La percussion révèle de la matité.

A la partie supérieure de la tumeur, et la coiffant en quelque sorte du côté gauche, on constate une seconde tumeur, qui paraît être du volume d'une mandarine, mobile, dure, non douloureuse. Cette dernière tumeur est nettement séparée de la première, dont les limites sont beaucoup plus diffuses.

A l'examen des organes génitaux externes, nous constatons que les grandes lèvres et les petites lèvres sont normales. Les bords internes des nymphes sont réunis par une membrane de forme ovale, de coloration rosée, par endroits violacée et paraissant bien vascularisée. Cette membrane bombe fortement à l'extérieur et écarte les petites et les grandes lèvres. Au toucher, on constate qu'elle est tendue, élastique. L'examen n'est pas douloureux. A certains endroits, sur son pourtour, sur les bords latéraux et près de la fourchette, on voit des adhérences en forme de brides aplaties s'étendant de la membrane aux petites lèvres.

La vessie nous paraît être remplie, quoique la malade déclare avoir pu uriner spontanément quelques instants auparavant. Il existe sans doute de la rétention et le réservoir urinaire remonte assez haut au-dessus du pubis, sans que l'on puisse lui assigner des limites précises. Une sonde en verre ne parvient point à pénétrer. On introduit dans la suite une sonde de Nélaton et il s'écoule environ 300 grammes d'urine d'aspect louche.

Pour le toucher rectal, il est aisé de se rendre compte que la cavité pelvienne est occupée par une volumineuse tumeur de consistance élastique et tendue.

Opération (le 2 avril 1908). — Anesthésie à l'éther, sans incidents.

La malade est rasée et désinfectée avec le plus grand soin. Eau lysoformée savonneuse. Alcool. Sublimé.

On pratique alors au moyen du thermocautère une ouverture de la membrane. Celle-ci offre environ une épaisseur de 4 à 5 millimètres.

L'ouverture aussitôt faite, il s'échappe avec force un jet de liquide brun noirâtre. Ce liquide est de consistance sirupeuse, assez épais. Il ne se coagule point à l'air.

A mesure que la collection se vidé, l'abdomen s'affaisse graduellement, et la tumeur disparaît.

La quantité de liquide recueillie est de 2.300 cc.

Après avoir agrandi l'ouverture, on constate, par un toucher vaginal scrupuleusement aseptique, que la cavité du vagin est fortement augmentée de volume et comparable à un ballon dégonflé. Ses parois sont vallonnées, tomenteuses, recouvertes d'un enduit brun noirâtre, visqueux, qui rappelle le goudron. Au spéculum, on ne parvient pas à trouver le col utérin.

L'examen bimanuel révèle un corps utérin petit, en antéflexion, mais on ne parvient pas à sentir le col avec l'extrémité du doigt.

On excise un fragment de la membrane aux fins d'examen microscopique.

Pansement aseptique sur la vulve.

3 avril : L'opérée va bien, elle ne ressent aucune douleur, urine spontanément. L'écoulement vaginal est fort minime. Injection à basse pression d'eau oxygénée faible. Helmitol (1 gramme *pro die*).

6 avril : La cavité vaginale est encore très grande, mais le suintement a presque disparu et le liquide de l'injection ressort clair. L'urine présente encore un léger trouble. Sondage de vessie et instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1/100^e.

7 avril : Injection vaginale avec une solution d'alcool à 2/100^{es}.

13 avril : A la suite des lavages de vessie, l'urine est devenue tout à fait limpide.

16 avril : On procède à une dilatation de l'orifice artificiel de l'hymen. Celui-ci est gros; bourgeonnant. Le vagin est fort dilaté; ses parois sont accolées l'une contre l'autre; sa cavité mesure 13 centimètres de profondeur.

La malade quitte le service.

Durant son séjour, sa température n'a point dépassé 37°4.

30 avril : La malade revient se montrer. Nous constatons que les restes de la membrane forment des caroncules volumineux, hypertrophiés et hyperhémisés. Le vagin est encore vaste et présente encore des vallonements. Il s'en écoule quelques sécrétions purulentes jaune verdâtre.

Au spéculum, nous remarquons que le col utérin ressemble à celui d'une multipare et laisse échapper des sécrétions mucopurulentes assez abondantes. Nous prescrivons des injections à l'alsol à 2/100^{es}.

15 mai : Les sécrétions ont beaucoup diminué. Le vagin s'est passablement rétréci, quoique présentant encore des parois tomenteuses. L'utérus est en antéflexion, mobile, de volume normal. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et nous ne constatons rien d'anormal du côté des annexes. Les tubes de bouillon et d'agarensemencés avec le liquide obtenu à l'opération sont demeurés stériles.

La jeune P... s'est représentée à nous le 10 octobre 1908. Elle nous déclare avoir eu ses règles le 11, 12 et 13 juillet; celles-ci furent de quantité moyenne et sans aucune douleur. Elles ne reparurent point en août ni en septembre. Pas de leucorrhée. La miction est normale, les urines limpides.

L'état général est excellent. L'abdomen est aplati, souple. A la vue, les organes génitaux externes ne présentent rien d'anormal; les caroncules de l'hymen sont seulement un peu augmentés d'épaisseur.

Au toucher, nous constatons que le vagin est encore vaste, les culs-de-sac sont très profonds, les parois sont lisses. Le col est un peu gros, court et a toujours l'aspect d'un col de multipare. Le

corps utérin est en antéflexion, petit, mobile, non douloureux. Les annexes droites sont normales. On sent bien l'ovaire, qui est de volume normal et peu sensible. Les annexes gauches, également, n'offrent rien de particulier.

Au spéculum, la muqueuse vaginale présente un peu d'hyperhémie.

En résumé, le résultat obtenu est excellent.

Examen microscopique. — Le fragment excisé fut enrobé à la celloïdine, les coupes faites sagittalement et colorées à l'hématoxyline-éosine.

L'examen démontre ce qui suit; la membrane est formée, en procédant de l'extérieur à l'intérieur :

1° d'une couche externe d'épithélium pavimenteux stratifié reposant sur une membrane basale externe. Cette couche présente une épaisseur variable; par endroits on constate quelques papilles, aisément reconnaissables;

2° d'un stroma de tissus conjonctifs riches en vaisseaux;

3° d'une couche interne d'épithélium pavimenteux avec sa membrane basale analogue à celle qui tapisse la paroi externe. Toutefois, cette couche a disparu presque entièrement sur la préparation et nous n'en retrouvons que quelques vestiges, qui sont cependant fort nets. Nulle part nous n'avons retrouvé une inclusion de cellules épithéliales pavimenteuses au sein du stroma conjonctif.

OBSERVATION XV.

(M. DE COQUET, 1919.)

Imperforation de l'hymen avec hématoocolpos et hématométrie.

Mlle X..., 15 ans; robuste et bien constituée, m'est amenée pour douleurs abdominales, dysurie, vomissements durant depuis huit mois. Elle n'est pas réglée et souffre d'avantage chaque mois à époque fixe.

A l'examen, on trouve une tumeur ayant la forme d'un utérus gravide et remontant au-dessus de l'ombilic. L'hymen est imperforé et bombe dans le vagin comme une poche des eaux. Une ponction évacuatrice permet de retirer plus de 2 litres de sang visqueux,

couleur chocolat, qu'on laisse écouler directement, sans pression sur l'abdomen. Aucune injection. Le toucher rectal, pratiqué après l'opération, permet de sentir un utérus plus volumineux qu'à l'état normal. Guérison sans incident le sixième jour.

OBSERVATION XVI.

(BIDET, 1921.)

Imperforation de l'hymen. Hématocolpos. Incision. Guérison.

C... (Philomène), est une fille vigoureuse de 17 ans 1/2 que nous trouvons à la salle Fleury, le 19 mars 1921. Domestique dans une ferme de la Combraille, elle a toujours été bien portante, travaillait fort comme les personnes de sa condition et ne boudait pas à l'ouvrage. Elle n'avait jamais été réglée, mais sa mère lui ayant dit que « cela viendrait toujours assez tôt », elle ne s'en était pas autrement préoccupée, et, rassurée par l'affirmation maternelle, notre jeune personne n'en avait pas demandé plus. Dans la nuit du 16 au 17 mars, notre jouvencelle, qui n'avait jamais souffert du ventre, est prise brusquement, étant au lit, de douleurs violentes et d'envies d'uriner, qu'elle ne peut satisfaire. Un médecin, appelé le 17 au matin, examine la malade et, reconnaissant une imperforation de l'hymen, l'adresse au Docteur Bousquet.

Examen. — La jeune personne est bien conformée; c'est une grande et forte campagnarde; sa vulve est normalement développée, mais totalement obturée par une membrane hymen imperforée, qui fait, entre les petites lèvres, une légère saillie. Le bas-ventre est légèrement douloureux, mais non distendu; on y perçoit la saillie formée par la vessie lorsqu'il y a un certain temps que la jeune personne n'a pas été sondée. Par le toucher rectal, on perçoit l'existence d'une masse volumineuse et fluctuante, qui fait, dans l'ampoule rectale, une forte saillie. La jeune fille n'ayant jamais souffert antérieurement, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'émettre même une hypothèse sur le nombre de périodes menstruelles qui ont déversé leur produit dans cette cavité;

tout ce que l'on peut affirmer, c'est que cet état n'a nui en rien à la santé de notre malade, qui reste toute la journée debout, aide à l'entretien de la salle, et, sauf sa rétention d'urine, n'accuse plus aucune douleur.

Intervention. — Le 17 mars, la patiente est endormie; elle est mise dans la position obstétricale, puis, avec les précautions d'usage, on ponctionne la cavité avec un gros trocart : il s'écoule, par la canule, un liquide noirâtre, qui est recueilli aseptiquement; on en retire 750 grammes environ. Ceci fait, la membrane, qui a bien 3 millimètres d'épaisseur, est excisée au thermocautère.

Puis, on pratique dans la cavité un lavage avec une solution de permanganate de potasse, et un léger tamponnement est fait avec une mèche de gaze iodoformée. Sonde à demeure dans la vessie et obturation soignée de la vulve. Le pansement reste en place pendant cinq jours.

Jusqu'au 22 mars, aucune température.

Le 22, on enlève la sonde et le tamponnement, puis nouvelle injection et nouvelles mèches de gaze.

Avant son départ, nous avons fait un examen digital des organes génitaux internes qui, ainsi que l'on était en droit de l'espérer, étaient parfaitement conformés.

Le liquide recueilli a été envoyé au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, qui a transmis la note suivante : « le liquide brunâtre, légèrement hématique, a donné à la centrifugation : Présence d'hématies non hémolysées et leucocytes polynucléaires en petite quantité, pas de microorganismes ni de pyogènes. Les hémocultures, en bouillon de peptone et en tubes de bile, se sont montrées négatives, après 24 heures de séjour à 37 degrés.

OBSERVATION XVII.

(M. DERVEAUX, 1923.)

Hématocolpos par imperforation vagino-hyménéale.

J'ai eu l'occasion d'être appelé, il y a quelques jours, auprès d'une jeune fille de 16 ans, non réglée, pour des phénomènes d'obstruction intestinale. Les phénomènes sont très complexes. Ils

ont commencé, il y a trois ou quatre mois, par quelques douleurs abdominales et par des difficultés de la miction. Les douleurs sont devenues très vives ces jours-ci; la rétention d'urine est complète ainsi que l'obstruction intestinale qui, jusqu'à ces jours, n'avait été qu'une simple constipation.

Au moment de l'examen, l'état ne laisse pas que d'être inquiétant : absence totale de gaz et de matières, anses dessinées sous la paroi, estomac distendu, nausées, violentes coliques « d'un type spécial, siégeant surtout aux reins et au bas-ventre ». Pas d'urine. Empâtement très vague du bas-ventre, dissimulé par le ballonnement.

Le cathétérisme urétral est très difficile; la sonde pénètre difficilement et trouve dans la vessie une forte saillie de la face postérieure, plaquant étroitement l'organe contre le pubis.

Le toucher rectal montre la même masse repoussant la face antérieure de l'organe contre le sacrum.

Cette masse est rénitente, fluctuante, et exerce une compression du rectum très énergique.

Elle fait saillie au niveau des organes génitaux externes, de la façon suivante : grandes et petites lèvres sont bien développées; entre celles-ci apparaît une membrane bombée, fluctuante, formée de deux parties : une centrale, plane, grisâtre, ovulaire; une marginale, bien développée, dont les bords pariétaux constituent l'insertion normale d'un hymen, et les bords centraux ont l'aspect tout à fait classique d'un hymen labié et frangé. Cet hymen est plaqué, collé, agglutiné à la membrane obturante.

L'incision, au milieu de celle-ci, donne issue à une quantité considérable de sang noir, poisseux, inodore, plusieurs litres, trop abondant pour être le produit d'une période menstruelle.

L'injection nous débarrasse aisément de tous caillots, mais on se trouve alors dans une énorme cavité, dont le doigt ne peut atteindre les parois. L'admission du doigt est d'ailleurs difficile, bien que la zone médiane de la membrane obturante ait été totalement sectionnée crucialement. La collerette résiste comme un véritable diaphragme et il faut la sectionner spécialement pour introduire deux doigts et constater enfin l'intégrité du col. La membrane centrale avait 1/2 centimètre au moins.

OBSERVATION XVIII.

(LAURENTIE, 1924.)

Imperforation complète de l'hymen et hémato-colpos.

N... (Libanaise), 15 ans, vient me consulter, le 22 novembre 1923, pour absence de règles et rapports conjugaux impossibles.

Mariée depuis 4 mois. Deux ou trois fois avant le mariage, elle a eu de fortes coliques pendant plusieurs jours, avec intervalles de deux, trois mois. Depuis le mariage, ces coliques ont réapparu, mais peu intenses.

A l'examen, je constate une imperforation complète de l'hymen, dont la teinte est légèrement bleutée. Une exploration attentive, avec un fin stylet, ne permet de déceler aucun orifice. La membrane est souple, légèrement tendue; à sa partie médiane supérieure existe une ligne de tissu différent, paraissant cicatriciel.

Atrophie des grandes lèvres. Système pileux rudimentaire. Seins peu développés. Taille moyenne, mais les formes sont masculines. Par le toucher rectal, on sent une masse fluctuante dans le vagin.

Diagnostic : Hémato-colpos.

Le 24 novembre, excision de l'hymen, évacuation de l'hémato-colpos (1 litre de sang noirâtre, poisseux). Sortie, le 30, en très bon état.

En résumé, imperforation complète de l'hymen qui nous paraît devoir être mise sur le compte d'un accolement des deux replis primitifs, ainsi qu'en témoigne le tissu à allure cicatricielle de la partie médiane supérieure.

OBSERVATION XIX.

(M. BINET, 1924.)

Infection putride d'un hémato-colpos consécutive à une appendicite.

Mlle G... (Jeanne), 15 ans, ouvrière dans une filature, entre à l'hôpital Villemin, le 20 mai 1924, dans le service de mon collègue et ami, M. le Professeur agrégé Perrin, pour des douleurs abdomi-

nales. En raison des antécédents de la malade, les douleurs sont attribuées tout d'abord à une péritonite bacillaire. Le diagnostic a dû être rectifié par la suite.

Éléments principaux de l'observation :

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort à 55 ans, en 1922, de tuberculose pulmonaire. Oncle paternel et deux cousins germains morts de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte de péritonite bacillaire et atteinte aussi de laryngite tuberculeuse. Deux sœurs mortes en bas âge. Une sœur et quatre frères bien portants. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Cette jeune fille n'a eu que la rougeole dans son enfance. Elle n'a jamais été réglée. Mais, en février 1924, a présenté, pour la première fois, des douleurs abdominales, sans localisation très précise, correspondant vraisemblablement à une période menstruelle.

Vers le 20 mars 1924 ces douleurs se reproduisent extrêmement violentes, accompagnées de vomissements porracés, obligeant la malade à garder le lit, en même temps que des troubles intestinaux apparaissent, diarrhée succédant à une phase de constipation.

Au mois de mai, nouvelle crise douloureuse très aiguë.

Depuis quelques jours la malade présente, au niveau de la vulve, un écoulement extrêmement fétide et presque continu. Mon collègue, M. Perrin, me prie d'examiner cette jeune fille.

Etat actuel. — La malade est extrêmement amaigrie, presque cachectique. L'abdomen est tendu, la peau sèche est rugueuse.

A la palpation, le ventre est uniformément résistant. Il existe une défense musculaire telle, que la palpation est pratiquement irréalisable sans anesthésie générale.

A la percussion, tympanisme dans la région épigastrique ombilicale et le flanc gauche, mais matité dans la fosse iliaque droite et au niveau de l'hypogastre.

Les poumons et le cœur sont normaux.

Pouls à 104, régulier.

La température rectale est de 38 degrés environ le soir, 37° 4 le matin.

L'examen de la vulve montre une imperforation de l'hymen.

L'hymen apparaît comme une membrane tendue, hermétiquement close, sauf à son union avec la petite lèvre droite où il s'est produit une petite fistule si minime ou si irrégulière que l'on n'arrive pas à y introduire la pointe d'un stylet.

C'est par cette fistule que s'écoule un liquide sanieux.

L'indication opératoire est si nette que j'interviens immédiatement, le 6 juin 1924, avec l'aide de mon interne M. Reny et de M. Chalnot, externe de mon service.

Intervention. — Anesthésie chloroformique. Incision aux ciseaux de l'hymen. Dès que cette incision est pratiquée, il s'écoule environ un litre et demi de pus d'une odeur absolument fétide, mêlé de gaz abondants.

Ce pus présente les caractères et l'odeur du pus gangréneux des collections péri-appendiculaires ou des collections voisines du tube digestif. Un peu de ce pus est prélevé aseptiquement en vue d'un examen bactériologique dont je n'ai pas encore le résultat.

Une grande injection antiseptique est donnée, puis j'introduis le doigt dans la cavité vaginale. Celle-ci est à ce point distendue qu'elle occupe toute l'étendue de la cavité pelvienne. Les parois du vagin sont tomenteuses, vraisemblablement enflammées au contact du pus, et saignent facilement. A droite du dôme vaginal, des bourgeons charnus paraissent correspondre à l'ouverture; avec beaucoup de difficultés, à une très grande profondeur, le doigt atteint un léger relief qui paraît être le col utérin et, par le palper bimanuel, je crois sentir le corps de l'utérus très petit et refoulé en avant contre la paroi abdominale. Mais les sensations sont si peu nettes qu'il est difficile d'affirmer que l'hématocolpos ne s'accompagne pas d'hématométrie.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, la paroi abdominale s'est détendue et la palpation devint possible.

Or, dans la fosse iliaque droite et exclusivement à ce niveau, je perçois très nettement une masse oblongue, occupant la région appendiculaire, et présentant tous les caractères des plastrons épiploïques inflammatoires péri-appendiculaires.

Dès lors, le diagnostic un peu hésitant s'éclaire.

Il nous faut admettre que cette jeune malade présentait, par suite de l'imperforation hyménéale, un hématoocolpos constitué depuis quelques mois. Une crise appendiculaire survient, et cette appendicite, à forme sévère, peut-être gangréneuse, ou bien infecte, par voie de voisinage, le dôme vaginal surdistendu qui vient à son contact, ou bien, plus vraisemblablement, donne lieu à un abcès qui se fait jour dans le vagin en cavité close.

Tout le contenu du vagin est bientôt le siège d'une infection putride. Une fistule se constitue à la vulve, mais insuffisante pour drainer la cavité vaginale. L'état général de la malade s'altère. La jeune fille se cachectise, jusqu'au jour où le coup de ciseaux libérateur va permettre un drainage convenable de la cavité putride, qui sera suivi, nous l'espérons, d'une amélioration rapide des accidents locaux et généraux. L'appendicectomie, pratiquée à froid, dans quelque temps, permettra enfin une guérison définitive.

OBSERVATION XX.

(MM. LAPEYRE, CRISTOL et SOLLIER, 1924.)

Il s'agit d'une fillette de 12 ans 1/2, ayant toujours joui d'une santé excellente, qui présenta brusquement, en octobre dernier, il y a six mois, des douleurs dans la région sacro-lombaire, qui furent assez vives pour obliger l'enfant à quitter l'école. Elles durèrent pendant une semaine.

En novembre, les douleurs réapparaissent; la fillette souffre toujours dans les reins, mais il s'y ajoute des coliques abdominales. Elles se prolongent pendant quatre à cinq jours.

Le 26 décembre, en se levant, la fillette est prise de douleurs excessivement vives dans le bas-ventre, la fosse iliaque gauche et les reins, qui l'obligent à se mettre au lit. La crise ne cesse que vers le soir, mais jusqu'à la fin du mois l'enfant garde le lit, car l'hypogastre et la fosse iliaque gauche sont encore sensibles et douloureux.

Le 4 janvier, la fillette, qui s'est levée depuis deux à trois jours, présente une nouvelle crise très douloureuse, mais brève. Nous sommes appelés à l'examiner le lendemain.

C'est une enfant très développée pour son âge, un peu pâle, qui se

plaint encore d'une légère sensibilité du bas-ventre, qui semble voussuré.

La palpation permet de sentir, au niveau de l'hypogastre, une tumeur à bords arrondis, rénitente, arrivant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et coiffée, sur le côté gauche, par une masse arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, de consistance dure. Dans l'ensemble, la tumeur a la forme d'une gourde de pèlerin à grand axe oblique, à gauche. Le pôle inférieur de la masse pénètre dans l'excavation pelvienne, où nous le retrouvons par le toucher rectal, sous forme d'une tumeur cylindrique rénitente, interposée entre la symphyse pubienne et la face antérieure du rectum qu'elle déprime.

L'examen de la vulve permet d'apercevoir, entre les petites lèvres écartées, une membrane tendue, oblitérant l'orifice vaginal, bombant à l'occasion des efforts et par la pression de la masse abdominale.

Il s'agit donc d'une distension du vagin par rétention de sang menstruel, d'un hémato-colpos consécutif à l'oblitération de l'orifice vaginal. L'utérus ne semble pas avoir participé à la distension : c'est la masse arrondie et dure qu'on sent au pôle supérieur de la poche.

La fillette est opérée le 8 janvier. Après anesthésie locale à la syncaïne et désinfection du périnée et de la vulvè, on ponctionne au bistouri la membrane qui ferme l'orifice vaginal et on laisse écouler lentement 200 grammes environ de liquide noirâtre, poisseux.

Puis on incise largement la membrane sur toute sa hauteur, et on résèque, de chaque côté, 2 millimètres des lèvres de l'incision. Il s'écoule environ 500 grammes de liquide. On termine en faisant un lavage à l'eau bouillie qui ramène quelques glaires brunâtres. On introduit, entre les lèvres de l'incision, une baguette de gaze pour éviter l'accrolement.

Pansement occlusif de la vulve. Dans les jours qui suivent, on donne quotidiennement une injection à l'eau bouillie et on remet une mèche de gaze.

Au cinquième jour on supprime la mèche.

Au dixième jour, l'enfant sort guérie de la clinique. Depuis lors, elle a eu régulièrement ses règles tous les mois, sans présenter la moindre douleur.

OBSERVATION XXI.

(LAURENTIE, 1924.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos.

B..., 15 ans, jeune fille musulmane de Damàs, se présente à ma consultation le 25 avril 1926; n'a pas encore été réglée. Rien de particulier dans ses antécédents.

Depuis 6 mois souffre du bas-ventre périodiquement, les douleurs augmentant en intensité depuis quelque temps.

A l'examen, l'hymen a une coloration noirâtre et bombe en avant; fluctuation; à l'exploration on ne trouve pas le moindre orifice. Le toucher rectal montre un vagin rempli de liquide; utérus normal.

Intervention (le 26 avril). — Incision hyménéale verticale et médiane; évacuation de l'hématocolpos; on constate ensuite, au niveau de la plaie, la présence de 2 membranes : l'hymen et une membrane rétro-hyménéale. Suture circulaire des deux membranes l'une avec l'autre et drainage.

Revue deux mois après, la malade a eu ses règles normalement; l'orifice hyménéal néoformé laisse passer facilement le n° 9 des bougies d'Hégar.

OBSERVATION XXII.

(D^r VIANNAY, 1927.)

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos, hématométrie et double hématosalpinx. — Hyménéotomie, puis laparotomie nécessitée par la torsion d'un hématosalpinx.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui fut adressée dans mon service, au début de janvier 1927, par M. le Docteur Maurel.

La malade est une belle fille, qui ne présente aucune autre particularité que de n'avoir pas encore été réglée, à l'âge de 17 ans. Bonne santé habituelle.

Depuis le mois d'août 1926, des douleurs abdominales apparais-

sent régulièrement chaque mois et durent pendant une huitaine de jours. Depuis peu, la malade a remarqué que son ventre augmente progressivement de volume.

Etat à l'entrée. — L'examen de l'abdomen montre une tuméfaction volumineuse, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, et paraissant plus développée à droite qu'à gauche. Le palper montre qu'il s'agit d'une tumeur assez régulière, arrondie, paraissant fluctuante, non douloureuse et peu mobile.

L'examen de la vulve montre un hymen imperforé, bombant entre les petites lèvres où il forme une tuméfaction nettement fluctuante.

Toucher rectal : à travers la cloison recto-vaginale, refoulée, on sent une collection liquide tendue qui remplit le vagin. La malade étant en position gynécologique, on constate que le périnée bombe et que l'anus s'entr'ouvre, comme lorsqu'une tête fœtale presse sur le périnée.

Première intervention. — Le 12 janvier 1927, avec l'aide de mon interne, M. Touillon. Sous anesthésie locale à la scurocaïne, je fais une héménéotomie médiane, suivie d'une suture de la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire par quatre points au catgut placés aux quatre points cardinaux de l'incision. Il s'écoule environ $3/4$ de litre d'un liquide chocolat, épais.

Suites un peu fébriles. Au bout d'une dizaine de jours, il persiste par les voies génitales un écoulement de liquide qui n'est plus franchement hématique, mais tend à devenir purulent.

Le 26 janvier, examen sous anesthésie générale, dans le but de me rendre compte, s'il n'existe pas, en un point des voies génitales, un diaphragme gênant l'évacuation de l'hématomètre. Dans un vagin qui reste très distendu, j'arrive à trouver l'orifice du col, qui s'ouvre dans le vagin sans faire aucune saillie; je ne puis le cathétériser. Dans le cul-de-sac latéral droit, je sens une masse pelvienne qui peut être, soit un pyosalpinx (la température n'a pas cessé de s'élever au-dessus de la normale), soit le fond d'un utérus malformé. Une laparotomie me paraît s'imposer.

Deuxième intervention. — Le 3 février 1927, sous anesthésie générale au mélange de Scleich, avec l'aide de mon interne M. Touillon.

Je tombe sur un utérus, extérieurement bien conformé dont cha-

que corne donne insertion à une trompe. La trompe gauche, anormalement longue, flexueuse, est distendue par une petite quantité de liquide hématique qui n'a pu s'évacuer par *l'ostium uterinum*, ni par le pavillon tubaire, qui est totalement oblitéré. Je fais sur cette trompe une large salpingostomie : incision près du pavillon, évacuation par expression du contenu hématique de la trompe, salpingostomie au moyen d'un surjet de catgut.

La trompe droite, beaucoup plus volumineuse que la précédente, est prolabée dans le Douglas où elle est englobée par des adhérences. Au cours des manœuvres de libération, cette trompe se rompt et il s'en écoule un liquide franchement purulent. Protection du péritoine, assèchement. La trompe libérée, je constate qu'elle est tordue à sa partie moyenne. Détorsion (deux tours complets); résection de la moitié externe de ce pyosalpinx, en conservant le segment proximal de la trompe sur lequel je pratique également une salpingostomie. Mikulicz; suture incomplète de la paroi.

Suites simples : réaction péritonéale modérée; ablation progressive de Mikulicz, cicatrisation complète en six semaines.

OBSERVATION XXIII.

(M. BAUDET, 1928.)

Hématocolpos par imperforation de l'hymen.

R... (Germaine), 13 ans, fillette d'aspect grêle, non encore réglée mais de bonne santé générale, est prise brusquement, le 20 mai, de douleurs abdominales, de coliques localisées au bas-ventre. L'enfant n'était pas constipée, elle avait eu sa selle quotidienne et ne présentait qu'une gêne de la miction qui ne pouvait être obtenue que dans la position debout. L'envie d'uriner était d'ailleurs très fréquente, mais sans ténesme, ni douleur, pendant et après l'évacuation de la vessie. Cette crise douloureuse dura trois ou quatre heures, puis cessa presque complètement. Le lendemain, dans l'après-midi, vers 4 heures, mêmes symptômes douloureux mais plus marqués encore que la veille; les douleurs sont atroces, l'enfant crie et se débat sur

son lit. Elle dit avoir besoin d'uriner, de « vider son ventre »; la vessie est alertée, les mictions fréquentes, mais possibles dans la station debout seulement. Il n'y a pas de vomissements, pas de signes péritonéaux, le ventre n'est pas tendu, pas de fièvre, le pouls est peu agité.

Les jours suivants, les crises se renouvellent régulièrement et prennent une allure identique, débutant toujours dans l'après-midi et durant trois ou quatre heures après que la sédation se produit et l'enfant peut reposer. Le médecin traitant, qui observait la petite fille depuis le début de la maladie, avait remarqué, dans les premiers jours de juin, une tuméfaction assez peu précise, au-dessus du pubis et, tout d'abord, l'idée d'une vessie en rétention s'imposa à son esprit. Il l'abandonna bientôt pour se rallier à l'hypothèse d'une tumeur abdominale d'origine et de nature indéterminée.

Cependant, la tumeur augmente rapidement de volume et occupe la région sous-ombilicale médiane; les crises sont de plus en plus vives; le toucher rectal indique une grosse tumeur abdominale avec prolongement dans le bassin et péricule engagé dans le cul-de-sac de Douglas. Dans la nuit du 4 au 5 juin, des nausées apparaissent, suivies de vomissements alimentaires; l'enfant perd ses forces, et son état général décline.

Nous sommes appelé à la voir le 6 juin et, devant le tableau clinique qu'elle présente, nous n'hésitons pas à faire nôtre le diagnostic du médecin traitant. A ce moment, la fillette avait un ventre distendu par une tumeur médiane dépassant l'ombilic; tumeur dure mais rénitente, pas mobile, régulière dans ses contours latéraux mais présentant une bosselure à son pôle supérieur entre nombril et xiphoïde. Le toucher rectal, très facile à pratiquer sur une malade très docile, nous montre que cette tumeur abdominale plonge dans le bassin, aplatit le rectum en le comprimant et efface le Douglas en se prolongeant vers le périnée. Nous ne trouvons pas l'utérus, nous ne faisons pas le toucher vaginal, nous contentant d'inspecter le sillon vulvaire qui paraît normal. Pas de fièvre. Pouls normal. Comme l'état général de l'enfant commence à décliner et que la violence des crises cause une grande dépression, devant l'apparition des vomissements, nous décidons d'intervenir.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine pariétal incisé, nous reconnaissons une grosse tumeur charnue, rougeâtre, sous-péritonéale, dépassant la vessie. Cette tumeur est surmontée d'une petite tuméfaction que nous reconnaissons aussitôt pour être l'utérus flanqué de ses annexes. L'utérus domine la tumeur en son point culminant, à son pôle supérieur; sa proportion avec la masse sous-jacente est approximativement comparable au rapport d'un dixième. Le col utérin est enfoncé dans la tumeur jusqu'à l'isthme. Devant cette disposition, le diagnostic d'hématocolpos s'impose à nous; nous refermons la paroi abdominale et nous passons au temps vaginal sur la petite malade mise en position gynécologique. Les cuisses fortement écartées, l'urètre repéré par une sonde molle, nous inspectons la vulve. L'hymen est sans aucune saillie, sans aucune hernie; sa couleur est rosée, aucun orifice perceptible, à l'œil ou à la sonde cannelée qui explore. A distance du méat urétral, nous incisons l'hymen au bistouri; la membrane a une épaisseur de 3 millimètres; un filet de sang noir et poisseux s'écoule sans grande pression. Nous complétons notre incision par un débridement plus large, un flot de liquide noir très abondant s'écoula. Pas de lavage, garniture aseptique.

Dans la journée et dans la nuit qui suivent, l'écoulement continue, difficile à mesurer en quantité, mais très abondant. Cet écoulement persiste pendant trois jours, mais par intermittences. L'enfant est soulagée, ne souffre plus. Pas de fièvre. Au dixième jour, le suintement hématique est arrêté. Au toucher rectal le doigt perçoit un vagin épais, charnu, plissé, comme étendu en hauteur. La vulve est d'aspect normal et l'orifice hyménéal reste béant.

Au quinzième jour, la petite malade est guérie; au toucher rectal, le vagin se montre rétracté et affaissé.

CONCLUSIONS

Nous résumons brièvement les conclusions que nous croyons devoir tirer de notre étude.

I. — L'hématocolpos par imperforation de l'hymen est une affection rare mais non exceptionnelle.

II. — Sa connaissance approfondie permet au médecin d'éviter à sa petite malade d'inutiles souffrances et de graves complications.

III. — Son diagnostic n'est le plus souvent fait qu'à la puberté et repose sur des signes très variables.

IV. — Les douleurs des périodes mensuelles sans écoulement chez une jeune fille en âge d'avoir ses règles; une rétention complète ou incomplète d'urines survenue brusquement chez une fillette qui souffre depuis des mois et à date fixe des douleurs vagues dans le bas-ventre; une hémorragie survenue sans cause apparente et ayant tous les caractères d'une hémorragie de suppléance, doivent éveiller l'idée d'une existence possible d'un hématocolpos par imperforation hyménéale chez le médecin traitant. Ce dernier doit procéder systématiquement à un examen direct des organes génitaux externes, à l'examen de la cavité pelvienne par le toucher rectal, qui ne feront que précéder l'acte opératoire.

V. — L'hématocolpos par imperforation hyménéale peut entraîner des complications graves, voire mortelles : la suppuration, la rupture interne, etc...

VI.¹ — Le traitement d'une telle affection est d'une bénignité absolue et est toujours suivi de guérison, s'il repose sur les principes que nous avons énoncés plus haut.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 février 1931.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAN. — Imperforate hymen (*Med. journ. Australia*, Sydney, 1921).
- ALTMAN. — Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen (Thèse de Paris, 1891).
- AMANN. — Ein Fall von Atresia hymenalis Haematocolpos. Haemometra und Haematosalpinx (*Münchener med. Wochenschr.*, 1888).
- ARETA. — Hematocolpos and hematocolpometra due to hymenal synechia (*Semana médic.*, 1928).
- AUBERT. — Des atrésies de l'hymen (*Rev. de gynéc. et de chirurg. abdominales*, Paris, 1910).
- AUGIER. — Hématocolpos par imperforation de l'hymen (*Journ. de la Soc. méd. de Lille*, 1903).
- BARNETCHE. — Etude clinique de l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1889).
- BAUER. — Hymen imperforatus. — Haematokolpos. — Haemometra (*Wiener med. Wochenschr.*, 1877).
- BERGIN. — Ein Fall von Atresia hymenalis (Thèse de München, 1913).
- BIDET. — A propos de deux cas d'imperforation de l'hymen (Thèse de Montpellier, 1921).
- BOUCHET. — Occlusion complète de l'orifice du vagin à l'âge de la puberté (*Soc. acad. Loire-Inf.*, Nantes, 1833).
- BORLAND. — Imperforate hymen and retained menstrual accumulation (*Lancet*, London, 1900).
- BRÉSARD. — L'hématocolpos (Thèse Paris, 1907).
- BREISKY. — Die Krankerten der Vagina, 1886. Hydrocolpos par imperforation de l'hymen.
- BROUARDEL. — Membrane hymen, son examen, ses différentes formes (*Gaz. des Hôp.*, 1887).
- BROCA. — Imperforation de l'hymen (*Bull. Soc. obst.*, Paris, 1903).
- BUDIN. — Imperforation de l'hymen (*Bull. Soc. obst.*, Paris, 1903).
- CARBONE. — Esito non frequente di ématocolpo per imene imperforato (*La Rasségna d'ostétrica e ginécol.*, 1925).

- CHEVAL. — Un cas d'imperforation de l'hymen avec hémato-colpos volumineux (Soc. belge de gyn. et obst., janv. 1920).
- COMMANDEUR. — Imperforation de l'hymen avec hydrocolpos (*Bull. Soc. obst.*, Paris, 1904).
- COQUET (DE). — Imperforation de l'hymen avec hémato-colpos et hématométrie chez une jeune fille de 15 ans (*Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 1919).
- DEBIERRE. — Des vices de conformation des organes génito-urinaires de la femme, 1892.
- DEFONTAINE. — Un cas d'imperforation de l'hymen avec rétention de sang menstruel (*Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1886).
- DELAMÈRE. — Notes on a case imperforate hymen (*Brit. Guiana med. ann.*, Demerara, 1894).
- DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet d'origine congénitale. Paris, 1877.
- DELISLE. — Observation d'une rétention des règles par une double obstruction congénitale du vagin (*Journ. de méd., chirurg. pharm.*, Paris, 1818).
- DERVAUX. — Hémato-colpos par imperforation vagino-hyménale (*Bull. Soc. d'obst. et de gynéc. de Lille*, 1923).
- DE MINICIS. — Un cas di atresia hyménali con hémato-colpo et hémato-salpingo (*Gaz. Milano*, 1894).
- DRAKE-BROKMANN. — Case of atresia hyménalis and septate uterus (*Brit. M. J.*, London, 1892).
- FAGET. — Les atrésies utéro-vaginales (Thèse Toulouse, 1902).
- FERRY. — A propos de plusieurs types de malformations du vagin. Imperforation de l'hymen. Particularités symptomatiques dans l'hémato-colpos (*Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg*, 1924).
- GAILLARD. — Un cas d'imperforation de l'hymen suivi d'appendicite (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1906).
- GIECKNER. — A case of imperforate hymen (*Maryland M. J.*, Baltimore, 1890).
- GILIS. — Précis d'embryologie, 1891.
- GOFFE. — Imperforate hymen (*Amer Journ. obst.*, 1905).
- GODEFROY. — *Gaz. des Hôp.*, 1856.

- GRASSET. — Imperforation de l'hymen avec hémato-colpos (Centre méd. et pharm. de Gannat, 1906-1907).
- GREEN. — Imperforate hymen with hémato-colpos (*Boston med. et surg. Journ.*, 1894).
- GUÉRETIN. — Etude sur l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1873).
- GUIBAUD et CHEVALIER. — Imperforation de l'hymen (*Gaz. med. de Nantes*, 1905).
- GUINARD. — Imperforation de l'hymen (*Journ. de praticiens*, Paris, 1907).
- HEPP. — Ein Fall von Atresia hymenalis mit Haematokolpos (Thèse de Greifswald, 1881).
- HOUZEL. — Hémato-colpomètre occasionné par imperforation de l'hymen (*Arch. prov. de chirurg.*, Paris, 1906).
- HUBLARD. — Imperforate hymen (*Brooklyn méd. Journ.*, 1906).
- JAYLE et COUDRAY. — L'hymen membraniforme infranchissable au point de vue de la fécondation, de la grossesse, de l'accouchement, de la médecine et de la validité du mariage (*Rev. française de gyn. et d'obst.*, Paris, 1919).
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LAPORTE. — De l'imperforation de l'hymen avant la puberté (Thèse de Lyon, 1908).
- LAPEYRE, CRISTOL et SOLLIER. — Hémato-colpos (Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc, 30 mai 1924).
- LAROYENNE. — Imperforation de l'hymen; pyocolpos fermé (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, Paris, 1904).
- LARRIVE. — Occlusion vaginale consécutive à une parturition. Rétention du flux menstruel sans dilatation de la cavité utérine (*Mém. et comptes rendus Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1880).
- LAURENTIE. — Imperforation de l'hymen avec hémato-colpos (*Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse*, 1924-1927).
- LEDERER. — Haematometra. Haematokolpos. Atresia hymenalis congénita (*Prag. méd. Wochenschr.*, 1912).
- LITTRÉ. — Traductions complètes d'Hippocrate.
- LOMBARDI. — Un caso di imperforazione dell imene (*Arch. ost. milano*, 1904).

- MANNA. — Un caso di imperforazione congenita del imene con ématocolpo-ématometra-ématosalpingo-péritonite-pelvica-laparotomia-guarizione (*Ann. di ost.* Milano, 1921).
- MARCHAT. — Les imperforations du vagin (Thèse Montpellier, 1905).
- MESNARD. — Rétention des règles durant six mois par occlusion du vagin (*Arch. de tocol.*, Paris, 1891).
- MONTFORT. — Imperforation complète de l'hymen chez une femme mariée (*Gaz. méd. de Nantes*, 1906).
- MORETY. — Imperforation de l'hymen. Hématocolpos. Hematométrie (Soc. anat. de Paris, 1898).
- PION. — Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1894).
- POLAILLON. — Maladies des femmes, 1901.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PUECH. — *Annales de gynécologie*.
- QUINTANA. — Imperforate hymen with retention of urine from hémato-colpos (*Rev. de Especialid.*, 1926).
- REVILLOTT. — Imperforation du vagin. Menstruation supplémentaire par des tumeurs hémorroïdales. Accès épileptico-hystériques (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1878).
- ROZE. — De l'hymen (Thèse Strasbourg, 1865).
- SERRIÈRE. — De l'imperforation de la membrane hymen (Thèse de Paris, 1866).
- STEDMAN. — *Edinburg med. and surg. Journ.*, Vol. XXXVII.
- STRISOVA. — Imperforation de l'hymen (*Ann. de gyn.*, 1893).
- TÉDENAT. — *Montpellier médical*, 1893.
- TILLAUX. — Cliniques chirurgicales.
- TRIPPIER. — Des obstructions du canal utéro-vaginal et de leur traitement (*Gaz. obst.*, Paris, 1878).
- VIANNAY. — Imperforation de l'hymen, hémato-colpos, hémato-mètre et double hématosalpinx. Hyménéotomie puis laparotomie nécessitée par la torsion d'un hématosalpinx (*Loire médicale*, 1927).
- VITRAC. — Hydrométo-colpos congénital par imperforation de l'hymen (*Rev. mensuelle de gyn.*, Bordeaux, 1900).

